

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Benko

Diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih

Magistrsko delo

Ljubljana, 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Benko

Mentorica: izr. prof. dr. Maša Filipovič Hrast

Somentorica: doc. dr. Andreja Vezovnik

Diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih

Magistrsko delo

Ljubljana, 2017

Zahvala

Iskrena zahvala velja mentorici izr. prof. dr. Maši Filipovič Hrast za usmerjanje pri izdelavi magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem somentorici doc. dr. Andreji Vezovnik za strokovne nasvete, ki so v veliki meri pripomogli h končnemu nastanku pričujočega dela.

Posebno zahvalo namenjam mami za vso podporo in spodbudo med dodiplomskim in podiplomskim študijem.

Diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih

Odnos do smrti in proces umiranja sta se skozi leta precej spremenila. Ljudje so v preteklosti umirali mlajši, hitre smrti in v domačem okolju. Z razvojem medicine in tehnologije se je začelo podaljševati pričakovano trajanje življenja, ki je posledično vplivalo na staranje prebivalstva. Posledično se povečuje število starejših ljudi s kroničnimi obolenji, ki potrebujejo posebno nego. V dvajsetem stoletju se je umiranje iz domov preselilo v zdravstvene ustanove, predvsem bolnišnice. Na ta proces sta v veliki meri vplivala spremenjena struktura družine – gospodinjstva so manjša, v njih je manj generacij – in fleksibilnost zaposlitve. Vstop žensk na trg delovne sile je pomenil zmanjšanje specifičnega dela prebivalstva, ki že tradicionalno opravlja neplačano delo nege umirajočih. Institucionalizacija umiranja je povzročila družbeno izolacijo umirajočih, ali z drugimi besedami, umik starejših iz »mainstream« dogajanja. Postmoderna družba se zato pogosto opisuje kot družba zanikanja smrti, kjer smrt ostaja tabu tema. S privatizacijo in komercializacijo zdravstva, večjim dostopom do informacij in višjo izobraženostjo prebivalstva se povečuje zavedanje o lastnih pravicah in možnostih nadzora nad tem, kdaj in kako bomo umrli. Mnogi bolniki in bolnice menijo, da imajo pravico do predčasne smrti ali celo pravico do pomoči pri končanju življenja v primeru neozdravljive bolezni in neznosnih bolečin. Tako je vedno več govora o dejanju evtanazije, ki sproža vrsto moralnih dilem in vprašanj. V pričujočem delu se bo z uporabo kritične analize diskurza poskušalo ugotoviti, kako je evtanazija konstituirana v medijskih diskurzih. Pri tem bo posebna pozornost namenjena analizi in interpretaciji implicitnih pomenov novinarskih tekstov.

Ključne besede: evtanazija, diskurz, tiskani mediji, kritična analiza diskurza, paliativna nega.

Discourses about Euthanasia in Slovenian print media

Attitude toward death and dying process have changed considerably over the last few decades. People died younger, quicker and at home. Development of medicine prolongs human life expectancy and causes aging of the population. Consequently, the number of elderly people with chronic illnesses who need special care is increasing. In the twentieth century, dying moved from home to care facilities, especially to hospitals. This process has been largely influenced by changes in family structure such as smaller households, less generations living under same roof and increased labor market flexibility. Women's entry into the labor market reduced number of specific population which traditionally carried out unpaid care for the elderly. Institutionalization of dying caused social isolation of dying people, for example, exclusion of the elderly from the "mainstream" events. From all this it follows that postmodern society remains death-denying where death remains a taboo subject. Privatization and commercialization of health care, better access to information and higher levels of education increase people's awareness of their rights and possibilities to control when and how to die. Many patients with incurable diseases who have pain or suffering feel they have the right to request for premature ending of life or physician-assisted suicide. Thus ethical questions about euthanasia become prominent. Critical analysis of discourse was used to research how euthanasia is constituted in media discourses. In this thesis I will pay special attention to analyzing and interpreting the implicit meanings of journalistic texts.

Key words: euthanasia, discourse, print media, critical discourse analysis, palliative care.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	8
1.1	Namen in cilji magistrskega dela	9
1.2	Raziskovalna vprašanja	10
2	STARANJE, UMIRANJE IN ODNOS DO SMRTI	11
2.1	Sociološki pristop	11
2.1.1	Posledice staranja prebivalstva	14
2.1.2	Institucionalizacija smrti	17
3	EVTANAZIJA	21
3.1	Opredelitev evtanazije	21
3.1.1	Oblike evtanazije	23
3.2	Etika in evtanazija	24
3.2.1	Medicinska etika	25
3.2.2	Bioetika ali filozofska etika	27
3.3	Pravna ureditev evtanazije in drugih praks ob koncu življenja	29
3.3.1	Evropske države, kjer je evtanazija uzakonjena	29
3.3.1.1	Nizozemska	29
3.3.1.2	Belgija	31
3.3.1.3	Luksemburg	32
3.3.2	Pravna ureditev praks ob koncu življenja v Sloveniji	33
3.3.2.1	Ustava Republike Slovenije	34
3.3.2.2	Kazenski zakonik Republike Slovenije	34
3.3.2.3	Zakon o pacientovih pravicah	35
3.3.2.4	Kodeks medicinske deontologije Slovenije	36
3.3.2.5	Državni program paliativne oskrbe	37
4	ODNOS SLOVENCEV IN SLOVENK DO EVTANAZIJE IN SMRTI	41
4.1	Metodološka izhodišča	42
4.2	Ključne ugotovitve	43

5	KRITIČNA ANALIZA DISKURZOV O EVTANAZIJI V SLOVENSKIH TISKANIH MEDIJIH.....	48
5.1	Kritična analiza diskurza	48
5.2	Opredelitev koncepta diskurz	49
5.2.1	Diskurzi o evtanaziji.....	51
5.2.1.1	Religijski diskurz.....	52
5.2.1.2	Moralistični diskurz.....	55
5.2.1.3	Pravni diskurz.....	56
5.2.1.4	Medicinski diskurz	59
5.3	Reprezentacije evtanazije v slovenskih tiskanih medijih	60
5.3.1	Opis vzorca in enot analize	61
5.3.2	Reprezentacija akterjev v medijskih tekstih	62
5.3.3	Kategorizacija medijskih reprezentacij o evtanaziji.....	64
5.3.3.1	Svetost življenja	64
5.3.3.2	Zagovor paliativne nege	67
5.3.3.3	Prekinitev zdravljenja.....	70
5.3.3.4	Sklicevanje na človekove pravice	73
5.3.3.5	Domneva tveganja zlorab	76
5.4	Ključne ugotovitve analize	77
6	SKLEP.....	80
7	LITERATURA	84
	PRILOGE.....	90
	Priloga A: Pričakovano trajanje življenja (LE) in zdrava leta življenja (HLY) pri starosti 65 let – primerjava med Slovenijo in EU-28	90
	Priloga B: Anketa Slovenski utrip o aktivni evtanaziji, 2015	91
	Priloga C: Anketa Dela o podpiranju evtanazije, 2015	91
	Priloga Č: Anketa Dela o opredelitvi evtanazije, 2015	92
	Priloga D: Anketa Portala 24ur.com o uzakonitvi evtanazije, 2015	92

KAZALO GRAFOV

Graf 2.1: Umrli prebivalci po mestu smrti v starosti 65 let in več	18
Graf 2.2: Umrli prebivalci po mestu smrti po izbranih starostnih razredih za leto 2012	18
Graf 3.1: Uradno število evtanaziranih oseb v Belgiji od leta 2002 do leta 2015	32
Graf 4.1: Ustanovitev klinik ali zavodov, kjer pomagajo ljudem umreti	44
Graf 4.2: Pravica do samomora	44
Graf 4.3: Opravičljivost evtanazije	45

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Število oskrbovancev v domovih za starejše – primerjava med splošno populacijo in starejšimi od petinšestdeset let	19
Tabela 3.1: Bolezni pacientov, ki so bili evtanazirani od leta 2011 do 2015	31
Tabela 4.1: Odnos do evtanazije, SJM, 2013	45
Tabela 5.1: Število prispevkov o evtanaziji v obravnavanih časopisih, med 6. januarjem in 8. marcem 2015.	61

1 UVOD

V pozno modernih družbah je prišlo do znatnih sprememb v doživljanju smrti in umiranja. Glavna generatorja teh sprememb sta podaljšano pričakovano trajanje življenja in bolezni sodobne družbe. Za primerjavo, na globalni ravni je bila leta 1955 povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu 48 let, do leta 2015 pa je narasla na 71,4 leta (Bird in drugi 2010, 210; WHO 2016). Tudi Lunder (2007, 34) ocenjuje, da se je umiranje v zadnjih desetletjih bistveno spremenilo – vse več je kroničnih obolenj, smrt pogosteje nastopi v visoki starosti in tudi samo umiranje ni več hitro, kot je bilo v preteklosti. Sodobna civilizacija je težke bolezni in umiranje prenesla v za to namenjene ustanove, kot so bolnišnice ali razni socialni domovi (Mlinar 2005, 30). Čedalje pogostejše prelaganje skrbi za umirajoče iz okrilja družine v roke izkušenih profesionalcev je za Gedrihovo (2007, 21) eden izmed očitnejših simptomov, ki kažejo na tabuizacijo smrti. Zaradi podaljšanja trajanja življenja smrt nastopi na koncu dolgega življenja, kar je prineslo nov izziv – doživljanje starosti (Bird in drugi 2010, 210). Mnogi danes razumejo staranje kot nekakšno bolezen in deviacijo od normalnosti ter jo skušajo na vsak način odložiti (Ule 2003, 33). Tabu umiranja in pešanja fizične moči stopnjuje zapoved ohranjanja večne mladosti (Beznec 2007, 7). Mladi so namreč najvitalnejši in najbolj zdrav del prebivalstva, ki je najmanj odvisen od zdravstvenih storitev, medtem ko so starejši »družbena skupina, ki je v domeni medicine« (Ule 2003, 275).

Prav tako obstajajo precejšnje razlike med kulturami v stopnji, do katere želijo posamezniki imeti nadzor nad procesom umiranja. V družbah blaginje se množično pojavljajo gibanja za pravico do smrti, ki jih podpirajo zlasti izobraženi sloji prebivalstva z dobrim dostopom do zdravstvene oskrbe. V tem kontekstu so se pojavila tudi vprašanja o smiselnosti nekaterih posegov, prekinitvi terapije, odklopu aparatov, ki ohranjajo osebo pri življenju, itd. Evtanazija nastopa kot eno izmed najobčutljivejših etičnih vprašanj sodobnega človeka. Etične dileme in vprašanja, ki jih je odprla problematika evtanazije, se ne nanašajo le na zdravnika, temveč se čedalje bolj širijo predvsem na področja bioetike, etike, prava in teologije (Bird in drugi 2010, 210–212; Pahor 2009, 240). Krščanstvo obsoja evtanazijo in druge oblike kršenja nedotakljivosti človeškega življenja. Evtanazija potemtakem predstavlja hudo kršitev božjih zakonov, saj je nemoralno in nesprejemljivo vzeti življenje drugi osebi. Opozarja se na zmotno prepričanje, da je življenje vredno in cenjeno samo takrat, ko prinaša zadovoljstvo in dobro počutje. Niti samomor s pomočjo ne more v nobenem primeru biti upravičen, četudi je izveden na zahtevo iz nesebičnih razlogov ter je oseba neozdravljivo bolna in neznosno trpi (La Santa

Sede 2017). Tudi v skladu z islamskim naukom je življenje božji dar in tako ne sme biti končano z nobeno obliko aktivne ali pasivne intervencije, četudi je ta prostovoljna (Kiarash in Shadi 2007, 65). Komisija za medicinsko etiko evtanazije ne podpira in poudarja, da je namen zdravstva vzdrževanje življenja in lajšanje simptomov, ki so za pacienta¹ neprijetni in v zadnji fazi življenja razmeroma pogosti. Poudarjajo pomen paliativne oskrbe, ki bolnika obravnava celostno – telesno, duševno, duhovno in socialno (Državni zbor Republike Slovenije 2015). Zahtevam po evtanaziji ali pomoči pri samomoru zdravniki, razumljivo, neradi ustrežejo, saj sta ti dejanji nezakoniti v večini držav in prepovedani v večini zdravniških etičnih kodeksov. Evtanazija oziroma dejanje, namenjeno usmrtitvi osebe na njeno željo, je uzakonjena v treh evropskih državah: na Nizozemskem, v Belgiji in v Luksemburgu. Omeniti je treba tudi Švico, kjer se evtanazija šteje za kaznivo dejanje, ni pa kazniva pomoč pri samomoru, če je to dejanje izvedeno iz nesebičnih razlogov (European Institute of Bioethics 2012; Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung 2017).

1.1 Namen in cilji magistrskega dela

Namen magistrskega dela je bil s kritično analizo diskurza prepoznati različne diskurze o evtanaziji, ki se pojavljajo v najbolj branih slovenskih časopisih. Empirični del sestoji iz analize diskurzov in interpretacije implicitnih pomenov novinarskih tekstov. V vzorec so zajeta besedila, ki naslavljajo problem evtanazije v žanrih mnenjske zvrsti (kolumna, komentar, editorial, glosa itd.) v slovenskih časopisih Delo in Slovenske novice ter v časniku Dnevnik, objavljenih po 6. januarju 2015, ko je bila slovenska javnost obveščena o sumu neprostovoljne aktivne evtanazije na oddelku Nevrološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, in do 8. marca 2015. Magistrsko delo temelji na vprašanju, s čim slovenski tiskani mediji povezujejo evtanazijo: z etičnimi dilemami, z odgovornostjo zdravnikov ali gre za antagonistično pozicijo med argumenti za in proti (evtanaziji, uzakonitvi evtanazije). Prav tako bomo skušali ugotoviti, kakšno vlogo imajo mediji pri konstruiranju diskurzov o evtanaziji. Na tem mestu je treba nameniti pozornost sami opredelitvi evtanazije, saj si posamezniki pod tem pojmom predstavljajo različno. Evtanazija se namreč najpogosteje zmotno enači z zdravnikovo pomočjo pri samomoru. Omenjeni praksi sta pogosto obravnavani kot enakopravni dejanji, čeprav obstaja med njima očitna razlika v izvedbi, v zakonodajah nekaterih držav pa tudi v

¹ Izrazi za osebe so zapisani v moški slovnični obliki, uporabljeni kot nevtralni za ženski in moški spol.

pravni opredelitvi (Williams 2015, 59). Kljub različnim opredelitvam je o evtanaziji govora, ko zdravnik namerno konča življenje neozdravljivo bolne osebe na njeno izrecno željo (World Medical Association).

1.2 Raziskovalna vprašanja

Luthar in drugi (2004, 148) so mnenja, da množični mediji predstavljajo pomembno področje družbenega konstruiranja realnosti, in dodajajo, da sta najočitnejši vidik interpretacije realnosti selekcija dogodkov in način njihovega upovedovanja. Na tej podlagi je tudi oblikovano raziskovalno vprašanje: *Kakšni so diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih?* V sklopu tega nas zanima, kako mediji reprezentirajo različne akterje (predvsem katere) in njihove izjave o evtanaziji. Še več, predpostavljamo, da je iz člankov in žanrov mnenjske zvrsti moč razbrati, kako se stališča zdravstvenih, državnih in drugih institucij o evtanaziji pretvarjajo v diskurze. To je pomembno predvsem zato, ker čez čas dominantni diskurz postane viden kot »resnica« ali kot »common sense« oziroma splošno mnenje (Lamers in Williams 2015). Prav zato je pomembno prepoznati, kateri diskurzi o evtanaziji prevladujejo v slovenskih tiskanih medijih, in narediti analitično razlikovanje med njimi.

2 STARANJE, UMIRANJE IN ODNOS DO SMRTI

V teoretskem delu je najprej podana sociološka umestitev problematike evtanazije. Pri tem je osrednjega pomena določitev širšega konteksta odnosa do staranja in smrti. Staranje prebivalstva predstavlja številne izzive za sodobne družbe. S skokovitim razvojem medicinske znanosti se je podaljšalo pričakovano trajanje življenja, kar prinaša pomembne družbene posledice. V obdobju vse bolj starajočega se prebivalstva zato postajajo vse glasnejša vprašanja o pomoči pri umiranju in o končanju življenja.

2.1 Sociološki pristop

Sociološke analize odnosa do smrti v pozno modernih množičnih družbah se prepletajo z zgodovinskimi, antropološkimi in demografskimi študijami. Skupni imenovalec vseh raziskav so etične dileme v praksah ob koncu življenja. Čeprav se zdi, da sta umiranje in žalovanje zgolj subjektivni okoliščini psihološkega izvora, sta zaznamovana z vplivi zgodovinskih in družbenih sil. V modernih družbah je prišlo do znatnih sprememb v doživljanju smrti. Obstaja precejšnja razlika med kulturami v stopnji, do katere želijo posamezniki imeti nadzor nad procesom umiranja. Te razlike so pogojene zlasti s stopnjo izobrazbe, religioznostjo, blaginjo ter tudi raso in narodnostjo. Na primer gibanja za pravico do smrti so uspešnejša v premožnejših družbah, kjer jih podpirajo zlasti izobraženi sloji prebivalstva z dobrim dostopom do zdravstvene oskrbe (Bird in drugi 2010, 210).

Sodobno izkušnjo umiranja so predvsem zaznamovale transformacija pričakovanega trajanja življenja in bolezni sodobne družbe. Za primerjavo, na globalni ravni je bila leta 1955 povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu 48 let, do leta 2015 pa je ta narasla na 71,4 leta (Bird in drugi 2010, 210; WHO 2016). Za bogatejše države je tako značilno, da smrt nastopi na koncu dolgega življenja. S tem je povezana še en pojav – doživljanje »starosti« (Bird 2010 in drugi, 210). Tudi Gedrih (2007, 23) meni, da imata zaradi staranja prebivalstva in spreminjanja narave bolezni temi starost in umiranje čedalje pomembnejšo družbeno vlogo. Na splošno gledano, smrt zaradi nalezljivih bolezni, epidemij in podhranjenosti je nadomestila smrt zaradi raka, bolezni srca in ožilja ter možganske kapi. Umiranje danes pogosto ni hitro (Bird in drugi 2010, 210). Posledično se povečuje število starejših ljudi, ki potrebujejo podporo in oskrbo. Zaradi zaposlenih žensk pa se zmanjšuje število žensk, ki že tradicionalno nudijo oskrbo (Filipovič Hrast in Mandič 2011, 7). V sodobnem času se je zmanjšala povprečna

velikost gospodinjstev. Gospodinjstva so vedno manjša in v njih živi vedno več starejših oseb. Zato se večja število starejših, ki so brez socialne opore in slej ko prej prepuščeni sami sebi (Filipovič Hrast in Mandič 2011, 27). Posledično je skrb za starejše, bolne in umirajoče danes z ramen družine prešla na ramena širše družbe in predvsem javnega zdravstvenega sistema (ReNPZV 2008). Potrebo po socialnem varstvu starejših še povečuje vse večja pojavnost demence v pozni starosti (Bird in drugi 2010, 210). Kellehear (v Bird in drugi 2010, 21) ugotavlja, da ljudje živijo dlje, kot si želijo, in dodaja, da se posledično poglobljata socialna izključenost starejših in njihova umestitev v domove za starejše. Gedrih (2007, 21) opozarja, da človek v ključnih življenjskih trenutkih nima več opore, kakršno je imel v prejšnjih stoletjih. Čedalje pogosteje se znajde sam, tudi ko tega ne želi. Še več, skrb za umirajoče se čedalje pogosteje prelaga iz okrilja družine v roke izkušenih profesionalcev, zdravniškega osebja in članov hospica. Nadalje meni, da si velika večina starostnikov želi umreti doma, a se le redko komu želja uresničiti. Navsezadnje meni, da »umirajoči praviloma nimajo optimalnih pogojev za 'dobro' smrt«, ker: 1) bolnišnice nimajo dovolj zmogljivosti, kadrov in znanja o paliativni oskrbi za spremljanje umirajočih, 2) so domovi za starejše praviloma prilagojeni zdravemu prebivalstvu, 3) svojci največkrat niso pripravljeni na oskrbovanje umirajočega, ne zdravstveno, še manj pa psihično, 4) kratki obiski negovalcev in prostovoljcev ob vsem tem ne rešijo strukturnih problemov (Gedrih 2007, 21).

V diskurzu množičnih medijev se odraža, da so moderne družbe »družbe zanikanja smrti« (Bird in drugi 2010, 211). Tudi Ule (2003, 190) piše o izogibanju temi smrti, in to ne samo v vsakdanjem življenju, temveč tudi v medicinski komunikaciji. Glede na številne raziskave Gedrih (2007, 18) ocenjuje, »da sta abstrakten in odtujen odnos do smrti značilna za vso povojno generacijo, ki ji primanjkuje izkušenj smrti iz prve roke, z leti in desetletji pa le še stopnjuje. Zato sociologi sodobno, postmoderno družbo pogosto opisujejo kot 'družbo zanikanja smrti'.« To se reflektira v tem, da posamezniki redkokdaj naletijo na umirajočo osebo, so relativno nesposobni soočanja z realnostjo smrti – tako z vidika emocionalnega odziva na smrt kot s fizičnega vidika smrti – v odnosu do trupla (Bird in drugi 2010, 211). Tudi Gedrih (2007, 17) se strinja, da se je drastično zmanjšal neposreden stik s smrtjo. Povprečen mestni otrok ne vidi umiranja in trupla starega starša, pogovori staršev o umirajočem svojcu so mu pogosto prikriti, smrt mu je predstavljena po ovinkih. Tako sodobni otrok pogosto vzpostavlja odnos do smrti posredno, skozi nasilne in neosebne upodobitve smrti v računalniških igricah, akcijskih filmih ali temu sorodni glasbi (Gedrih 2007, 17–18). Gedrih (2007, 18) navaja, da otroci, ki jim je neposreden stik s smrtjo tuj, odraščajo v kulturi, ki je preplavljena s podobami

smrti, verjetno bolj kot katerakoli kultura prej. Pri tem pa se ji zdi zanimivo, da oba pojava, oddaljevanje neposrednega srečanja s smrtjo in širjenje posrednega srečanja z njo, rasteta sočasno. Poudarja, da sta oba odraz istega sociološkega fenomena: tabuizacije smrti. Gedrih (2007, 18) zaključuje z ugotovitvijo, da s tem ko »družba in posameznik tabuizirata enega najbolj temeljnih vidikov življenja, vzpostavljata 'varovalne' mehanizme, ki imajo nalogo ohranjanja družbenega *statusa quo*«. Na tem mestu Beznec (2007, 8) dodaja, da je »smrt edini življenjski fenomen, ki je povsem izvzet iz družbenega okolja«. Nadalje pojasnjuje, da čeprav smo v vsakdanjem življenju nenehno soočeni s smrtjo, to ni smrt »per se«, temveč je to »smrt drugega, strah pred smrtjo, zgroženost nad smrtjo, želja po premagovanju smrti, torej misel na smrt«. Ta pa je v veliki meri prežeta z družbenim, zgodovinskim, filozofskim in/ali religioznim kontekstom našega individualnega bivanja (Beznec 2007, 8).

Nasprotno pa je stališče nekaterih sociologov, vključno s Parsonsom (v Bird in drugi 2010, 211), ki menijo, da moderne družbe izrazito potrjujejo smrt, s tem ko jo učinkovito nadzirajo. To ponazorijo: 1) na primeru zdravstvene nege, ki preprečuje prezgodnjo smrt in blaži fizično trpljenje ob umiranju, in 2) v odnosu držav, ki neposredno upravljajo smrt prek vojskovanja, nasilja in smrtnih kazni. Navsezadnje je tudi rast priljubljenosti življenjskih zavarovanj kazalnik potrjevanja resničnosti smrti. Ta trend je bolj opazen pri družinah, ki živijo v urbanem okolju in nimajo varnostne mreže lokalne ali sorodstvene skupnosti ter se zavedajo tveganja v primeru smrti hranitelja družine (Bird in drugi 2010, 212). Pri opisu vloge sodobne medicine v odnosu do smrti se pogosto uporablja izraz »posredovanje pri smrti« (angl. death brokering) (Bird in drugi 2010, 211). Izraz se nanaša na avtoritativno vlogo medicine, ki ima prek kliničnih in forenzičnih preiskav glavno besedo pri določanju vzrokov za smrt, s čimer naredi smrt kulturno obvladljivo in razumljivo. Klinične dejavnosti vključujejo aktiven pristop pri obvladovanju ne le fizičnih vidikov umiranja (lajšanje bolečin, samo trajanje umiranja znotraj predvidenega časovnega okvirja), temveč tudi pričakovanja bolnikov in njihovih sorodnikov (Bird in drugi 2010, 211).

Kamin (2006, 35) navaja, da zaradi pešanja tradicionalnih oblik solidarnosti v sodobnih zahodnih družbah v oblastni diskurz stopa znanstveni diskurz. V tem pa je privilegiran diskurz sodobne medicine, ki v imenu boljše kakovosti življenja nadzoruje, omejuje, svetuje in predpisuje. Skladno z individualizacijo družbe je medicina usmerjena na zasebnost in diagnosticiranje aktualnih problemov posameznika, ki so lahko pravzaprav družbeni problemi. Medicina pogosto nastopa kot precej enostavna terapija, ki se navadno pojavlja v obliki

kemičnih substanc in strogega navodila njihovega doziranja. Podobno kot religija posamezniku obljublja dolgo življenje. »Sicer ne ponuja večnosti in nesmrtnosti, ponuja po odlaganje smrti, odlaganje neznanega, ki posameznika obremenjuje z negotovostjo.« (Kamin 2006, 35) Ule (2003, 275) se strinja, da vodilno vlogo v ideologijah sodobnih družb prevzemata medicina in medikalizacija življenja – za razliko od dvajsetega stoletja, ki je bilo v znamenju mladih ter je bil temeljni ideološki aparat države šola in s tem izobraževanje. Nadalje meni, da naše vrednote, želje in življenje obvladuje »kult mladosti« ter se zato posledično mladosti oklepamo s pomočjo lepotnih operacij, diet in drugih praks (Ule 2003, 275). Tudi Bird in drugi (2010, 210) ocenjujejo, da sta glavni instituciji nadzora nad smrtjo medicina in zdravstveni sistem, vključno z javnim zdravstvom in državno sponzoriranim promoviranjem zdravega (in s tem posledično izogibajočega se smrti) načina življenja (Bird in drugi 2010, 210). Kamin (2006, 34) dodaja, da je promocija zdravja »ena od najbolj subtilnih in močnih oblik (nerepresivnega) izvajanja oblasti nad življenjem, tako posameznika kot skupnosti«. Posamezniki namreč te zapovedi tako rekoč brez oklevanja sprejmejo kot legitimne in normativne na ravni vsakdanjega življenja. Ob povečani moči medicine nad ljudmi se je navsezadnje treba vprašati, kakšno svobodo naj ima posameznik nad svojim telesom (Ule 2003, 242–243). Na eni strani antropologija in sociologija (podrobneje: sociologija medicine in sociologija zdravja in bolezni) posvečata veliko pozornosti temam, povezanim s telesom, boleznijo in bolečino, medtem ko je opaziti odsotnost raziskav na temo smrti, umiranja in navsezadnje evtanazije (Minocha in drugi 2011, 25). Ko pa je govora o evtanaziji, pridejo v ospredje tudi druga vprašanja, kot so: 1) kakovost nege ob koncu življenja, 2) zmanjševanje socialne opore v družini, 3) stopnja odvisnosti, v smislu vključenosti pri sprejemanju odločitev, 4) etične dileme.

2.1.1 Posledice staranja prebivalstva

Sodobne družbe se starajo, kar sproža številna vprašanja in izzive: 1) vzdržnost javnih financ v zvezi s pokojnino, zdravstvom in oskrbo starejših, saj število uporabnikov teh storitev narašča, delež prebivalstva v aktivni dobi pa upada, 2) obnavljanje prebivalstva, saj se ob nizkem številu rojstev prebivalstvo dolgoročno zmanjšuje, 3) kako zagotoviti kakovostno staranje in vključenost starejših v različne sfere družbe (Filipovič Hrast in Mandič 2011, 7). S podaljševanjem trajanja življenja je povezan pojav doživljanja staranja in starosti (Bird in drugi 2010, 210). Ule (2003, 33) meni, da je povezanost predstav o normalnosti z vladajočo ideologijo in normami zelo jasna v primeru staranja, saj mnogi razumejo staranje kot nekakšno bolezen in

deviacijo od normalnosti ter jo skušajo na vsak način zavreti, prekriti, odložiti (Ule 2003, 33). Beznec (2007, 7) dodaja, da sta »staranje in umiranje dobesedno izgnana iz javnega življenja«. Tabu umiranja in pešanja fizične moči stopnjuje zapoved ohranjanja večne mladosti (Beznec 2007, 7). Mladi so namreč najvitalnejši in najbolj zdrav del prebivalstva, ki je najmanj odvisen od zdravstvenih storitev, medtem ko so starejši »družbena skupina, ki je v domeni medicine« (Ule 2003, 275). Starejše se zaradi mnogih njihovih značilnosti označuje kot »eno najbolj ranljivih populacij v družbi« (Filipovič Hrast in Mandič 2011, 161). Za Morela (v Filipovič Hrast in Mandič 2011, 8) predstavljata staranje in s tem povezana dolgotrajna oskrba starejših »novo družbeno tveganje«. Staranje prebivalstva, spremenjeno družinsko življenje, stališča do neformalne nege in višja udeležba žensk na trgu dela postavljajo pod vprašaj primernost sedanjih sistemov blaginje ter na novo odpirajo vprašanja nege in oskrbe starejšega prebivalstva (Morel v Filipovič Hrast in Mandič 2011, 8–9). Zaslediti je tudi nepripravljenost na staranje oziroma na odsotnost tehtnega razmisleka in dogovora o tem, kdo in na kakšen način bo skrbel za starejšo osebo, ko bodo njene sposobnosti in zdravje pešali. Poleg te socialne dimenzije pa je na mestu tudi premislek o prihodnjih finančnih zahtevah in primernosti bivalnih prostorov (Filipovič Hrast in Mandič 2011, 195).

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (2015) kažejo, da se je v zadnjih nekaj letih povečalo predvsem število starostnih upokojencev, podaljšuje se pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, število delovno aktivnih prebivalcev pa upada. Posledično se povečujejo izdatki pokojninske in invalidske blagajne, kar bo dolgoročno imelo vpliv na vzdržnost javnih financ (SURs 2015). Za primerjavo, v prvi polovici leta 2014 je bilo med prebivalci Slovenije 17,5 % oziroma 364.460 oseb, starejših od 65 let. To je bilo 0,2 odstotne točke več kot konec leta 2013 in 0,5 odstotne točke več kot konec leta 2012 (SURs 2014). Tako za Slovenijo velja, da ima že od sredine leta 2003 več starega (tj. oseb, starih 65 ali več let) kot mladega prebivalstva (tj. otrok, starih do 15 let). Delež prebivalcev, mlajših od 15 let, je v prvi polovici leta 2014 znašal 14,6 %, delež prebivalcev, starih 65 ali več let, pa 17,5 %. Indeks staranja (ta pove, v kakšnem razmerju sta število oseb, starih 65 ali več let, in število oseb, starih manj kot 15 let) je dosegel vrednost 119,6. To pomeni, da je v Sloveniji živelo na 100 prebivalcev, mlajših od 15 let, skoraj 120 prebivalcev, starih 65 ali več let (SURs 2014). Tudi Ule (2003, 274–275) se strinja, da demografska tranzicija od prevlade mlajših generacij v prejšnjem stoletju k postopni večinski prevladi starejših generacij v prihodnosti pomeni odvisnost vedno večjega števila prebivalstva od medicine. Nadalje meni, da je staranje populacije posledica medikalizacije družbe in

zmanjševanja umrljivosti zaradi boljših in široko dostopnih zdravstvenih storitev (Ule 2003, 274–275).

Omeniti je treba tudi, da se je v obdobju od leta 2004 do leta 2013 v Sloveniji pričakovano trajanje življenja pri starosti 65 let povečalo za 2 leti za ženske in za 2,2 leta pri moških. Leta 2013 je tako bilo pričakovano trajanje življenja pri ženskah v starosti 65 let še 21,4 leta, kar je bilo nekoliko nad evropskim povprečjem (EU-28) (glej prilogo A). Od teh let so ženske lahko pričakovale, da bodo 7,6 leta (36 % svojega preostalega življenja) preživele brez omejitve aktivnosti (obdobje, imenovano »zdrava leta življenja«)², 8,2 leta (38 %) z zmerno omejitvijo aktivnosti in 5,6 leta (26 %) s precejšnjo omejitvijo aktivnosti (EurOhex 2015). Pričakovano trajanje življenja pri moških v enaki starostni skupini je bilo 17,2 leta, kar je bilo nekoliko pod povprečjem EU-28 (glej prilogo A) (EurOhex 2015). Od teh let so lahko pričakovali, da bodo preživel 7,2 leta (42 % svojega preostalega življenja) brez omejitve aktivnosti, 6,4 leta (37 %) z zmerno omejitvijo aktivnosti in 3,6 leta (21 %) s precejšnjo omejitvijo aktivnosti (EurOhex 2015).

Kamin (2006, 10) ugotavlja, da so interesi za dobro zdravje posameznikov in družbe različni. Posamezniki lahko svoje zdravje razumejo in cenijo drugače kot zdravje opredeljujejo in vrednotijo medicina, država, mediji, kozmetična industrija in drugi. Za državo so zdravi posamezniki pomembni z vidika gospodarskega razvoja. Nasprotno so nezdravi posamezniki za družbo breme in strošek. Delodajalci zaradi bolezni delavcev beležijo manjšo storilnost; zdravstveni sistem se sooča s preobremenjenostjo, dolgimi čakalnimi vrstami in dragimi postopki zdravljenja; trgovci denimo opazijo slabo zdravje ljudi v upadu kupne moči. Kamin (2006, 10) tako ocenjuje, da se o zdravju in nezdravju pogosto razmišlja »z vidika storilnosti in finančnih izgub«. Blauner (v Bird in drugi 2010, 211) poudarja, da upokožitev in zamenjava starejših ljudi zagotavljata kontinuiteto modernih institucij. Kot je bilo nakazano že uvodoma, se je umiranje iz domačega okolja preselilo v bolnišnice. Na tej točki je treba opozoriti, da specializirani poklici in institucije, kot so varstveni centri, bolnišnice, domovi za starejše in drugi, poskrbijo ne le za osamitev umirajočih ljudi, temveč tudi za razmejitev od »mainstream« dogajanja (Bird in drugi 2010, 211)

² Zdrava leta življenja (angl. Healthy Life Years). Kazalnik zdrava leta življenja, izračunan na podlagi Sullivanove metode, pokaže, ali je daljše trajanje življenja bolj povezano z obdobjem dobrega (kompresija obolevnosti) ali slabega zdravja (ekspanzija obolevnosti) (EurOhex 2015).

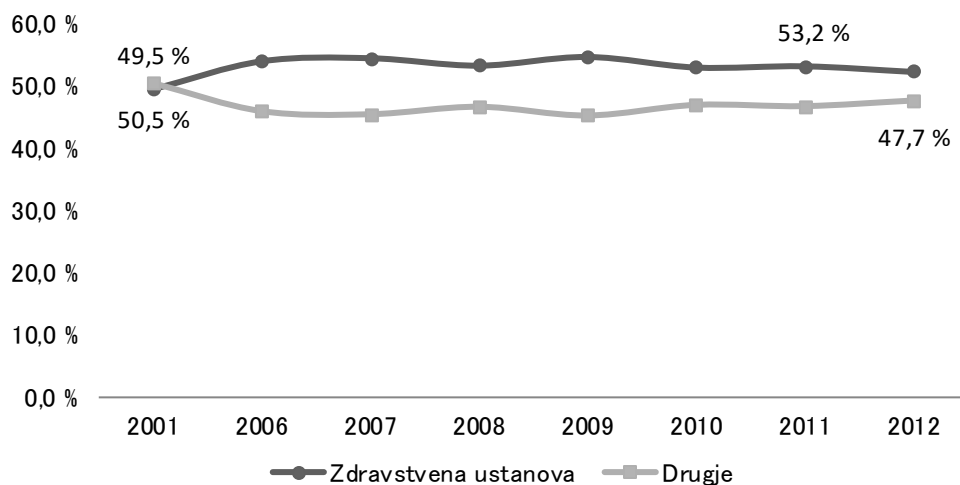
2.1.2 Institucionalizacija smrti

Kot je že bilo omenjeno, se prebivalstvo v razvitih državah zelo hitro stara in po napovedih Eurostata v zvezi s projekcijami prebivalstva³ za Slovenijo naj bi se delež starejših (tj. oseb, starih najmanj 65 let) do leta 2060 v celotni strukturi prebivalstva povzpел na skoraj 30 % (SURS 2015). Lunder (2007, 34) ugotavlja, da se ob staranju prebivalstva povečuje tudi število kroničnih obolenj. Umiranje ni več hitro, kot je bilo v preteklosti, saj pogostejše nastopi v visoki starosti, in tudi do poslabšanja bolezni pride veliko počasneje. Na drugi strani pa se povečujeta odvisnost od oskrbe drugih in nezmožnost za samostojno življenje. Lunder (2007, 34) tako meni, »da zaradi značilnih šibkejših družinskih in družbenih vezi v sodobni družbi postaja oskrba ob koncu življenja čedalje bolj zapletena. Umiranje, ki je naraven proces, se seli v bolnišnice.« Tudi Mlinar (2005, 30) se strinja, da je sodobna civilizacija težke bolezni in umiranje prenesla v za to namenjene ustanove, kot so bolnišnice ali razni socialni domovi. Za sodobne družbe namreč velja, da večina ljudi umre v visoki starosti (Gedrih 2007, 21). To prinaša s seboj ekonomske posledice, zlasti zato, ker so starejši glavni porabniki čedalje dražjih zdravstvenih storitev. Gedrih (2007, 21) govori o spreminjajoči se naravi bolezni: te postajajo kronične, trajajo dlje časa, pogosto jih je prisotnih več hkrati. Nadalje meni, da je posameznik pri oskrbi umirajočega svojca bistveno bolj obremenjen zaradi spreminjanja delovnega časa in krčenja družine, zato ne preseneča, da je skrb za umirajoče dostikrat prepuščena javnim ustanovam (Gedrih 2007, 21). Če povzamemo, za države blaginje je značilno, da se povečuje število smrti v bolnišnicah in zmanjšuje število umrlih doma (Bird in drugi 2010, 211).

V Sloveniji letno umre približno 20.000 ljudi, od tega nekaj več kot polovica smrti nastopi v zdravstvenih ustanovah in le slaba polovica doma. Več kot 90 % smrti je predvidljivih po daljšem obdobju kroničnega poteka, ki mu sledi poslabšanje. Zaskrbljujoč je podatek, da večina umirajočih ni deležna celostne paliativne oskrbe in jih zelo veliko med njimi trpi po nepotrebem (ReNPZV 2008). Gedrih (2007, 21) navaja, da si »velika večina starostnikov želi umreti doma, a le redko komu se želja uresniči«. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je v letu 2012 v starostni skupini 65 let in več umrlo 15.282 oseb. Od tega jih je več umrlo v zdravstveni ustanovi (52,3 %) kot drugje (doma itd.) (47,7 %) (glej graf 2.1) (NIJZ 2015).

³ Eurostatove projekcije prebivalstva – EUROPOP2013, izdelane za obdobje 2013–2080 za države članice Evropske unije (EU-28).

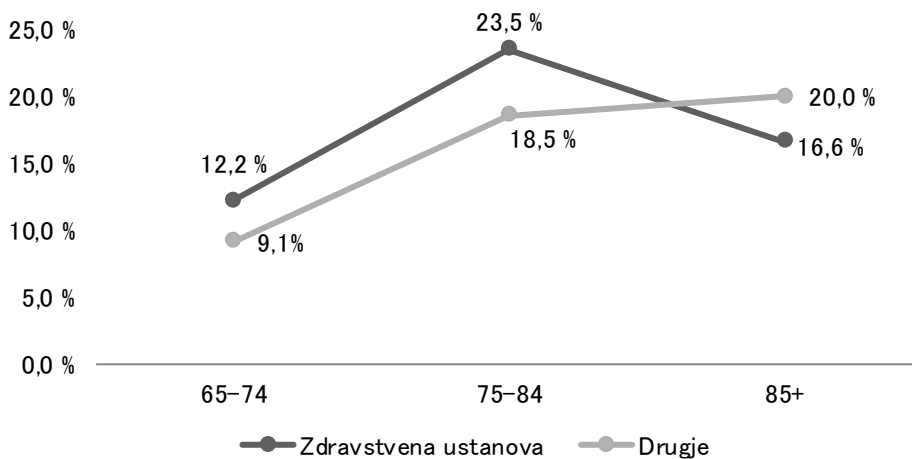
Graf 2.1: Umrli prebivalci po mestu⁴ smrti v starosti 65 let in več



Vir: NIJZ (2015).

Podrobnejši pregled umrlih prebivalcev po mestu smrti po izbranih starostnih razredih za leto 2012 kaže, da ta trend velja za starostni skupini 65–74 let in 75–84 let, medtem ko se ta trend pri starejših od 85 let obrne (glej graf 2.2) (NIJZ).

Graf 2.2: Umrli prebivalci po mestu smrti po izbranih starostnih razredih za leto 2012



Vir: NIJZ (2015).

Zaradi čedalje izrazitejšega staranja prebivalstva v Sloveniji je tudi povpraševanje po možnostih za bivanje ali oskrbo v domovih za starejše čedalje večje. Po podatkih SURS-a (2015) je leta 2013 v domovih za starejše bivalo 17.694 oskrbovancev, kar je skoraj za tretjino

⁴ Mesto smrti: 1) zdravstvena ustanova (bolnišnica itd.), 2) drugje (doma itd.).

več kot v letu 2006 (glej tabelo 2.1). Od teh je bilo 16.554 oseb, starih 65 let ali več. Med oskrbovanci so bili tudi mlajši od 65 let, a je bil delež teh majhen (decembra 2013 jih je bilo malo več kot 6 %). Sicer so med vsemi oskrbovanci prevladovale osebe, stare 80 let ali več, in delež teh je bil vsako leto večji (decembra 2013 že okrog dve tretjini). Med oskrbovanci so prevladovale ženske (bilo jih je skoraj tri četrtine). Glavna razloga za prihod v dom za starejše sta bila pri 80 % oskrbovancev bolezen in starost oziroma nezmožnost za samostojno življenje (SURS 2015). V posebnih socialnovarstvenih zavodih je v letu 2013 bivalo 2.178 oskrbovancev, od tega je bilo 32,2 % starih 65 let ali več (SURS 2014).

Tabela 2.1: Število oskrbovancev v domovih za starejše – primerjava med splošno populacijo in starejšimi od 65 let

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Starost 65+	12.567	12.855	14.205	15.170	15.634	16.239	16.318	16.554
Skupaj vseh	13.699	13.856	15.235	16.192	16.666	17.386	17.429	17.694

Vir: SURS.

Najpogostejša razloga (pri 66,7 % oskrbovancev) za sprejem v dom v letu 2013 sta bila bolezen in starost oziroma nezmožnost za samostojno življenje. Če pogledamo po kategorijah oskrbe⁵, je bilo med vsemi oskrbovanci domov za starejše v letu 2013 največ oskrbovancev (44,3 %) z zahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami (III. kategorija), ki so v celoti potrebovali neposredno osebno pomoč. Sledili so oskrbovanci, ki niso bili v celoti sposobni za samostojno življenje in so potrebovali delno neposredno osebno pomoč (I. kategorija; 25,1 %), nato oskrbovanci z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki so potrebovali delno neposredno osebno pomoč (II. kategorija; 19,3 %), in oskrbovanci z dolgotrajnimi težavami v

⁵ Kategorije oskrbe (Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev 2006):

- I. kategorija: osebe, ki zaradi starosti (ali drugih razlogov, ki spremljajo starost) niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči;
- II. kategorija: osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči;
- III. kategorija: osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, in sicer:
 - a) za osebe, ki potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb;
 - b) za najtežje prizadete osebe;
- IV. kategorija: osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (oskrba dementnih oseb).

duševnem zdravju, ki so potrebovali delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (IV. kategorija; 11,3 %) (SURs 2014).

Prav tako je treba izpostaviti hišo hospica, ki je namenjena bivanju in celostni oskrbi hudo bolnih v zaključni fazi življenja ter nudenju opore njihovim svojcem v procesih zaključevanja odnosov in v procesu žalovanja (Hospic 2016). Prva hiša hospica v Sloveniji je začela delovati v Ljubljani leta 2010 v okviru Slovenskega društva Hospic. Od leta 2015 je zaradi neurejenega sistema financiranja v obdobju mirovanja (Hospic 2016). Lekarna Ljubljana je ustanovila zavod Ljubhospic, v okviru katerega je na začetku leta 2016 začela delovati hiša Ljubhospica. Njeno poslanstvo je nudenje brezplačne celostne hospic paliativne oskrbe v skladu z mednarodnimi standardi hospic paliativne oskrbe, brezplačne namestitve hudo bolnim in podpore njihovim svojcem. Za umirajoče osebe skrbi interdisciplinarni paliativni tim s prostovoljci, ki skupaj skrbijo za fizične ter tudi psihosocialne in duhovne potrebe po meri vsakega posameznika. Zagotavljajo jim varno okolje, v katerem lahko dostojanstveno in kakovostno živijo, kolikor je le mogoče brez bolečin, vse do konca (Lekarna Ljubljana 2016).

3 EVTANAZIJA

V nadaljevanju so podani različne opredelitve evtanazije in koncepti, ki se pogosto zmotno enačijo s pojmom evtanazija. Evtanazija posega na področje življenja in umiranja, zato sproža številna vprašanja in etične dileme. V filozofskem in etičnem teoretskem okviru zato razpravljamo o vrednosti človeškega življenja, človeškem dostojanstvu in načelu svobodne izbire. V ospredju je vprašanje statusa aktivne prostovoljne evtanazije, ki sproža številne razprave o moralni legitimnosti. Na koncu poglavja sta podana zakonodaja evropskih držav, kjer je evtanazija uzakonjena, in pregled pravne ureditve praks ob koncu življenja v domačem prostoru.

3.1 Opredelitev evtanazije

Najprej pojasnimo izvor besede evtanazija. Evtanazija izhaja iz grških besed »eu thanatos«, kar pomeni dobra ali lahka smrt (Hope 2004, 11). Ob pregledu literature je moč razbrati, da se kot najpomembnejša pojavlja medicinska opredelitev evtanazije, ki problematiko evtanazije umešča v domeno medicine. Ko je govora o evtanaziji, se namreč sočasno uporabljajo besede, kot so neozdravljiva bolezen, bolnik, asistenca zdravnika itd.

Nadaljujemo z opredelitvijo Svetovnega zdravniškega združenja (World Medical Association), ki v Priročniku zdravniške etike evtanazijo označuje kot zavedno in namerno izvedbo dejanja, katerega jasen namen je končanje življenja druge osebe, in vključuje naslednje elemente: a) subjekt je prištevna in informirana oseba z neozdravljivo boleznijo, ki prostovoljno izrazi željo po končanju svojega življenja; b) oseba, ki izvrši evtanazijo je seznanjena s subjektivim stanjem in njegovo željo po smrti, zato je primarni namen izvedbe evtanazije končanje življenja; c) izvršitev dejanja je posledica sočutja in ne osebnega okoriščanja (Williams 2015, 58). Mlinar (2005, 25) meni, da je »v današnjem kontekstu evtanazija razumljena bodisi kot pomoč pri umiranju bodisi kot samomor s pomočjo«. Lewis (2015) označuje evtanazijo kot »namerno skrajšanje življenja, da bi bolnika razbremenili bolečin, na primer s smrtonosno injekcijo«. Na drugi strani pa Cevc (1995, 155) opredeljuje evtanazijo kot »umor nekoga na njegovo lastno, izrecno in jasno željo«. Nadalje razume evtanazijo kot pomoč pri umiranju s pasivnim (opuščanje) ali aktivnim (ukrepanje) poseganjem v tok življenja posameznika, pri čemer je vodilo usmiljenje do sočloveka. Evtanazija je torej lahko razumljena kot »lahka smrt«, saj s

postopki ali ukrepi sproži nebolečo smrt oseb, ki trpijo zaradi neozdravljivega stanja ali bolezni (Cevc 1995, 155). Zgoraj omenjeno strne Hope (2004, 21) in z naslednjimi besedami opiše dejanje evtanazije: »Oseba X namenoma ubije osebo Y ali dovoli smrt osebe Y v dobro osebe Y.«

Evtanazija se pogosto zmotno enači z *zdravniško pomočjo pri samomoru*, ki označuje zavedno in namerno posredovanje znanja (svetovanje glede smrtnega odmerka zdravil) ali sredstev (predpisovanje takšnih odmerkov ali dobavo teh zdravil), ki posamezniku pomagajo pri izvršitvi samomora. Skratka, evtanazija se od zdravniške pomoči pri samomoru razlikuje v tem, da končno dejanje ali opustitev ravnanja stori nekdo drug in ne bolnik sam. Vzrok zahtevam za prekinitev življenja s pomočjo evtanazije ali pomoči pri samomoru so bolečine ali trpljenje, ki je s stališča bolnika neznosno: raje bi umrl kot pa živel v takšnih okoliščinah. Še več, mnogi pacienti menijo, da imajo pravico umreti, če si to želijo, in prav tako menijo, da imajo pravico do pomoči pri končanju življenja. Posledično naj bi bili prav zdravniki tisti, ki naj bi bili najprimernejši za končanje življenja, saj s svojim znanjem in z dostopom do ustreznih zdravil lahko poskrbijo za hitro in nebolečo smrt (Williams 2015, 58–59; Klampfer 2010, 185).

Na tem mestu je treba pojasniti tudi povezavo med *opustitvijo zdravljenja* in evtanazijo. Opustitev ali prekinitev aktivnega zdravljenja se obravnava kot moralno dopustno dejanje v primerih, ko za pacienta ni več možnosti, da bi se njegovo zdravstveno stanje izboljšalo oziroma da bi zmožel živeti brez aktivne zdravniške pomoči (Pahor 2009, 242). Vendar pa opustitev ali prekinitev zdravljenja lahko neposredno poimenujemo kot pasivno evtanazijo zgolj v primerih, kadar je namen tega dejanja skrajšanje življenja. Prenehanja s postopki zdravljenja, katerega namen ni skrajšanje življenja (smrt lahko nastopi, vendar kot nenamerna posledica dejanja), ne moremo enačiti z evtanazijo (Keown 2002, 11). Vsak pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima namreč pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje (Zakon o pacientovih pravicah 2008). To mu omogoča, da odkloni vse medicinske posege, ne glede na to, da bi mu ti ukrepi lahko podaljšali ali olajšali življenje. Zdravnik v tem primeru lahko pacientu zgolj poda informacije o možnem zdravljenju in možnostih za uspeh ter nato spoštuje njegovo odločitev o zavrnitvi ali začetku zdravljenja (Flis 1995, 162; Williams 2015, 61).

Kot je bilo nakazano, ne obstaja splošno sprejeta opredelitev evtanazije. Vendar pa Keown (2002, 10) izpostavi skupne točke različnim opredelitvam:

- pri evtanaziji gre za odločitev, katere namen in posledica sta skrajšanje življenja;

- omejenost na medicinski kontekst;
- izvede jo zdravnik in ne nekdo izmed sorodnikov;
- prepričanje, da je smrt v dobro pacienta, saj ta trpi za neozdravljivo boleznijo.

3.1.1 Oblike evtanazije

Nekateri avtorji razlikujejo med različnimi oblikami evtanazije. Najpogosteje se pojavljata dihotomiji aktivna – pasivna in prostovoljna – neprostovoljna.

Sikora in Lewins (2007, 68) poudarjata, da je, splošno gledano, razlikovanje med aktivno in pasivno evtanazijo reducirano na razliko med »ubiti« in »pustiti umreti«. Za aktivno evtanazijo je značilna neposredna namera zdravnika povzročiti pacientovo smrt. Z drugimi besedami, gre za aktivno pomoč pri smrti ali pri samomoru. Zdravnik na primer bolniku z rakom in razsevky v pljučih omogoči dostop do smrtnega odmerka barbituratov ali da previsoko dozo morfija terminalno bolnemu ter s tem pospeši prihod smrti. Pasivna evtanazija pa pomeni, da zdravnik namerno pusti pacientu umreti, čeprav bi ga še vedno lahko umetno ohranjali pri življenju. Kot primer pasivne evtanazije bi bila odločitev zdravnika, da ne bo zdravil pljučnice pri bolniku z Alzheimerjevo boleznijo (Cevc 1995, 155; Pahor 2009, 242).

Prav tako je lahko evtanazija prostovoljna ali neprostovoljna. Pri prostovoljni evtanaziji gre za sporazumno odločitev posameznika, ki zaprosi za smrt ob polni prištevnosti in zavedanju posledic takega dejanja. Evtanazija je neprostovoljna vselej, ko je izvedena brez posameznikovega soglasja (ustnega ali pisnega) oziroma če njegove volje iz takih ali drugačnih razlogov ni mogoče ugotoviti. Pri tem so razlogi lahko različni (koma, nezavest, ko gre za novorojenčke z resnimi zdravstvenimi nepravilnostmi, posameznike z različnimi oblikami demence in senilnosti). Evtanazija je prisilna, če je njena uresničitev v nasprotju z željami osebe, ki je sposobna odločanja o sebi (Sikora in Lewins 2007, 68–69; Pahor 2009, 241).

Ko je govora o evtanaziji, zlasti v razpravah o legalizaciji evtanazije, se najpogosteje omenja aktivna evtanazija. Gre torej za primere, ko nekdo (običajno zdravnik) pomaga umreti nekomu drugemu iz nesebičnih motivov (zaradi neozdravljive bolezni ali neznosnega trpljenja) z dajanjem smrtonosnega odmerka zdravil. Če je aktivno dejanje v skladu z željo pacienta, je

govora o prostovoljni aktivni evtanaziji. Na tem mestu je treba razlikovati med aktivno prostovoljno in aktivno neprostovoljno evtanazijo, ki se od prostovoljne aktivne evtanazije razlikuje v tem, da je izvedena pri osebah, ki nimajo mentalnih sposobnosti, da bi zahtevale evtanazijo (dojenčki ali odrasli z napredno boleznijo demence), ali osebah, ki so kompetentne za odločanje, vendar nimajo priložnosti privolitve (Keown 2002, 9). Aktivna neprostovoljna evtanazija je na drugi strani tudi medijsko bolj izpostavljena, zato bo tudi v ospredju našega zanimanja.

3.2 Etika in evtanazija

Ule (2003, 248) ugotavlja, da se kljub množici etičnih in kulturnih vrednot v sodobnih družbah neredko najdemo v izjemnih situacijah, ko nimamo odgovora na etične dileme, ki jih te situacije vsebujejo, ko torej ni na voljo ustreznih etičnih meril in presoje. To velja tudi za evtanazijo, ki sproža mnogo dilem in neodgovorjenih vprašanj (Williams 2015, 58). Tako ali drugače posega na področje prepovedi ubijanja, ki je – kot se zdi – temelj civilizacije, kot jo poznamo danes, zato se z njo ukvarjajo filozofi, zdravstveni delavci, pravniki, sociologi, etiki, teologi in vse pogostejše tudi politiki (Mlinar 2005, 29). Tudi Hope (2004, 17) poudarja, da dejanje evtanazije nasprotuje eni izmed najstarejših moralnih prepovedi: »Ne ubijaj«. Naj na tem mestu dodamo, da zagovorniki evtanazije splošno prepoved ubijanja izpodbijajo s tem, ko trdijo, da v primeru evtanazije gre za paciente, ki bodo zagotovo umrli, ne glede na posredovanje medicine. Tako zagovarjajo končanje trpljenja in zakonito povzročitev predčasne smrti. Evtanazija je po njihovem mnenju moralno sprejemljiva, če je njen namen v dobro trpečega bolnika (Fletcher 1973, 100).

Fletcher (1973, 113) gre še dlje in trdi, da je težje moralno opravičiti pustiti nekoga umreti počasne in grde smrti, »dehumaniziranega«, kot pa opravičiti pomoč pri izhodu iz take »bede«. Ocenjuje, da to velja v vsakem etičnem kodeksu z vrednotnim sistemom, ki postavlja humanost in osebno integriteto nad biološko življenje in delovanje. Pri tem pa ni pomembno, ali tak etični sistem temelji na teistični ali naravoslovni filozofiji. Nadalje izpostavi, da se v bolnišnicah po svetu vsakodnevno prestopi klinična meja, s tem ko se umetno podaljšuje resnično človeško življenje z odlašanjem nečloveške smrti in ko sprejmejo sodbo smrti, se ugasnejo respiratorji, ustavi intravenozna transfuzija, prekliče predlagana operacija ali prejem zdravil.

Dejanja evtanazije podrobneje obravnavata medicinska etika in bioetika, katere pogled je predstavljen v nadaljevanju.

3.2.1 Medicinska etika

Ule (2003, 248) meni, da naraščajoči pluralizem vrednotnih predstav in prioritet v sodobnih zahodnih družbah razširja prostore, v katerih se danes medicini zastavljajo nova etična vprašanja, denimo vprašanja o pravici ali dolžnosti do prekinitve terapije pri umirajočih. Medicinsko etiko zanimajo moralna vprašanja, kot so na primer pomoč pri smrti, moralnost ubijanja in vprašanje, ali bi moral zdravnik vedno kazensko odgovarjati, ko bi opravil evtanazijo (Hope 2004, 11). Hope (2004, 17) se v svojih razpravah o evtanaziji sprašuje, ali evtanazija predstavlja dobro medicinsko prakso ali gre zgolj za umor. V nekaterih okoliščinah samo dejanje evtanazije moralno zahtevata dve najbolj čislani načeli, ki vodita zdravniško prakso: zavzemanje za pacientovo največjo korist in avtonomijo. Hope (2004, 22) vzame za primer osebo z neozdravljivo smrtno boleznijo, ki bo zagotovo umrla v dnevu ali dveh (npr. dobi okužbo dihal), vendar se jo lahko z aktivnim zdravljenjem ohranja pri življenju še nekaj tednov. Z uporabo antibiotikov lahko zdravijo tako akutno težavo, vendar pa ne bodo naredili ničesar, da bi zaustavili napredovanje obstoječe bolezni. V tem primeru se pojavi vprašanje, ali je v največjo korist te osebe, da umre zdaj, in ne to, da prejme zdravljenje za podaljševanje življenja, ker je kakovost njenega življenja zaradi obstoječe smrtne bolezni tako nizka. Če pa bi po drugi strani mislili, da je v njeno največjo korist, da še naprej živi, in ne to, da umre v nekaj dneh, bi ji morali nuditi zdravljenje za podaljševanje življenja (Hope 2004, 22).

Podobnega mnenja je Pahor (2009, 247), ki meni, da je spoštovanje avtonomnosti ena izmed glavnih zdravnikovih dolžnosti, ki jih ima do pacienta. V tej zvezi zlasti poudarja pomen informiranega konsenza, ki vključuje: pacientovo kompetentnost in prostovoljnost pri odločanju, obveščenost pacienta o njegovem zdravstvenem stanju, možnem zdravljenju in alternativah ter končno odločitev pacienta/ za nadaljnje zdravniško zdravljenje ali opustitev le-tega. Zdravnik je skladno z današnjim moralnim in pravnim kodeksom zavezan spoštovati in upoštevati izbiro pacienta, da prekine zdravljenje ali da ga sploh ne začne, ne sme pa izvajati evtanazije, saj je ta protizakonita in s tem tvega lastno prostost. Izjema so primeri, ko gre za novorojenčke ali osebe v komi. Tukaj se morajo včasih zdravniki o nadaljnjem zdravljenju nujno odločiti namesto pacienta in v soglasju z družino, in sicer tako, da bi bilo to v največjem

interesu posameznika in kakor bi se po vsej verjetnosti odločil sam, če bi bil pri zavesti (Pahor 2009, 247).

Kadar je govora o medicinski etiki, se pogosto poudarja razlika med namernimi in predvidenimi posledicami nekega dejanja. Moralno sprejemljivo je namreč dopustiti možnost negativnega izida kot posledico nekega dejanja, če so upoštevani določeni pogoji. Ti pogoji so: 1) namen dejanja ni škoditi drugi osebi, 2) negativne posledice so predvidene, a ne namerne, 3) negativne posledice niso sredstvo za doseg dobrih posledic, 4) obstoj dovolj prepričljivih razlogov, da se lahko dopusti možnost pojava negativnih posledic. V tem primeru je govora o zdravljenju z »dvojnimi učinki« (Keown 2002, 20). Kot dvorezen meč se na primer kaže uporaba morfija pri osebah tik pred smrtjo. Poleg preprečevanja bolečine morfij v nekaterih situacijah lahko predvidljivo učinkuje tudi tako, da skrajša pacientovo življenje. V tem primeru gre torej za nenamerno pospešitev prihoda smrti, ki je posledica sredstev za lajšanje bolečin. Drugače zapisano, zdravnik, ki bi na smrt bolnemu pacientu dal morfij z namenom zmanjšanja trpljenja in bi predvidel (nenamerno povzročeno) predčasno smrt pacienta, ne bi prelomil zakona. Pravzaprav je dajanje morfija v takih okoliščinah pogosto označeno za dobro klinično prakso. In vendar je dati pacientu injekcijo morfija enako aktivno dejanje kot dati injekcijo kalijevega klorida. Bistvena razlika je v tem, da je v primeru kalijevega klorida namen dajanja injekcije pacientova smrt, v primeru morfija pa je namen lajšanje bolečine (predčasna smrt je predvidena, vendar ne nameravana) in posledično to dejanje ni kazensko preganjano (Hope 2004, 29–30).

Hope (2004, 23) tako ocenjuje, da je pasivna evtanazija splošno sprejeta, saj je opustitev ali prekinitev zdravljenja v mnogih okoliščinah sprejeta kot moralno upravičena. Tisti, ki verjamejo, da je ubijati iz usmiljenja v principu narobe, to utemeljujejo rekoč, da uboj iz usmiljenja vključuje aktivno povzročanje smrti in ne nezmožnosti preprečevanja smrti. Argument o tem, da je v principu narobe ubijati iz usmiljenja, polaga velik moralni pomen v 1) razliko med dejanji in opustitvami ter 2) razliko med namerno povzročiti in predvideti smrt. Iz tega sledi, da je ubijati moralno narobe, vendar pa takrat, ko smrt predstavlja korist in ne škode, ubijati ni narobe. Če je torej v največjo korist pacienta, da umre zdaj, ne da trpi dolgotrajno in boleče umiranje, potem ubiti ni več narobe (Hope 2004, 29–35). Spoštovanje posameznikove želje pa je za Pahorja (2009, 247) »predvsem dokaz, da do najvišje mere potrjujemo in spoštujemo človekovo dostojanstvo, tako v življenju kot tudi pri umiranju in ne nazadnje ob smrti«.

3.2.2 Bioetika ali filozofska etika

Bioetične dileme so se začele pojavljati predvsem z razvojem biomedicinskih znanosti in so povezane predvsem z ustvarjanjem, krojenjem in uničevanjem človeških življenj. Tudi evtanazija spada na področje bioetike, ali z drugimi besedami, etike življenja in smrti (Klampfer 2010, 9). Kot je bilo nakazano že uvodoma, evtanazija sproža vrsto moralnih dilem in vprašanj. Jedro spora je vprašanje statusa aktivne prostovoljne evtanazije, v smislu, ali je lahko prošnja razsodne in avtonomne na smrt bolne osebe naslovljena na zdravnika ali drugo pooblaščen oseb o, da naj ji ta pomaga olajšati ali pospešiti njeno smrt, kdaj moralno legitimna, in če da, pod katerimi pogoji (Klampfer 2010, 182–183).

Keown (2002, 39) meni, da se glavni argument za prostovoljno aktivno evtanazijo nanaša na vrednost človeškega življenja. Argument namreč navaja, da je v določenih okoliščinah, ko je pacient v zadnji fazi življenja in ob tem trpi, prav, da zdravnik izpolni zahtevo po predčasnem končanju življenja, saj v tem primeru smrt koristi pacientu. Nasprotniki omenjenega argumenta pa na drugi strani poudarjajo, da življenje v nobenem primeru ne more izgubiti svoje vrednosti. V odnosu do pojmovanja vrednosti človeškega življenja so se oblikovale tri filozofske usmeritve: 1) vitalizem, 2) svetost/nedotakljivost življenja in 3) kakovost življenja.

Vitalizem gleda na človeško življenje kot na absolutno moralno vrednoto. Zaradi te absolutne vrednosti je narobe tako skrajšati pacientovo življenje kot si ne prizadevati za njegovo podaljševanje. Bistvo tega filozofskega nauka je ohraniti človekovo življenje za vsako ceno (ne glede na bolečine, trpljenje ali stroške). Nauk svetosti/nedotakljivosti življenja temelji na krščansko-judovski tradiciji o svetosti človekovega življenja. Med drugim posebej izpostavljajo dostojanstvo človekovega življenja, saj človek ne sme nikoli namerno ubiti drugega človeka. Na teh načelih temeljijo tudi moralna in pravna načela zahodnih družb. Nasprotno pa je stališče tretjega nauka, kjer je poudarek na kakovosti življenja. Temelji na načelu, da nekatera življenja niso »vredna življenja« in se jih zato sme namerno končati, bodisi z dejanjem bodisi z opustitvijo. Znotraj te doktrine sta se oblikovala nasprotna pola: na eni strani so tisti, ki menijo, da samo bolnik sam lahko oceni, kdaj njegovo življenje ni vredno življenja, na drugi pa tisti, ki prisegajo na objektivne kriterije (Keown 2002, 39–44).

Glavne dileme v zvezi z evtanazijo in njeno uzakonitvijo so: 1) splošni pomisleki v zvezi z namernim ubijanjem ljudi, 2) pomisleki glede združljivosti takega pooblastila zdravnika z

njegovim poslanstvom ali naravo zdravniškega poklica, 3) skrbi zaradi nevarnosti zmot in zlorab, ki da bi jih omogočila uzakonitev pravice neozdravljivo bolnih do pomoči pri pospešitvi njihove smrti, 4) dvomi o domnevnih koristih in prednostih take ali drugačne zakonske rešitve tega vprašanja in 5) prepričanje, da evtanazija krati človekovo dostojanstvo

(Klampfer 2010, 183). Za Klampferja (2010, 139) ni ključno vprašanje, ali je denimo trpljenje slabo, temveč ali sta določena intenzivnost in količina trpljenja slabši od smrti. Klampfer (2010, 141) z naslednjimi besedami opiše, zakaj je odločitev za predčasno smrt lahko preudarna in razumna: »Čeprav je smrt za umrlo osebo praviloma slaba, ni nujno taka – v izjemnih okoliščinah je zanjo boljše (ali vsaj manj slabo), da takoj (predčasno) umre, kakor da bi še naprej živel.«

Fletcher (1973, 100) meni, da se pri podajanju argumentov v prid evtanaziji v glavnem omenjata načelo svobodne izbire in sočutje do terminalno bolnih in trpečih oseb. Zagovorniki evtanazije namreč poudarjajo načelo spoštovanja avtonomne volje in pravico individuumu, da v luči lastnih predstav o dobrem življenju sprejema odločitve tudi o tem, kako se bo končalo (Klampfer 2010, 183). Klampfer (2010, 183) se nadalje sprašuje, ali velja dostojanstveni smrti dati prednost pred (človeka) nedostojnim življenjem, kot trdijo zagovorniki uzakonitve aktivne evtanazije, ali pa je govorjenje o »dostojanstveni smrti« in »nedostojnem« življenju, kot trdijo nasprotniki, le znamenje pojmovne zmede. Na drugi strani nasprotniki evtanazije menijo, da je odnos do življenja, ki ga s svojo odločitvijo za takojšnjo smrt kaže neozdravljivo bolni (s svojo pomočjo pri njenem uresničevanju pa zdravnik), nezdržljiv s spoštovanjem enkratne in neprimerljive notranje vrednosti človeškega življenja. Ali pa dokazujejo, da bi z uzakonitvijo pravice tovrstnih bolnikov do zdravniške pomoči pri pospešitvi njihove smrti neizogibno razvrednotili človeško življenje in spodjedli spoštovanje, ki temu življenju pripada (Klampfer 2010,183–184).

Klampfer (2010, 183–184) išče odgovore na vprašanja, ali bolj načenjajo dostojanstvo neozdravljivo bolnih bolezni, trpljenje, nemoč, odvisnost in izguba smisla na eni strani ali takojšnja smrt kot oblika bega pred vsem tem na drugi. Zapisano drugače, ali bolj spodkopavajo človekovo dostojanstvo trenutne razmere, ko restriktivna zakonodaja eno podskupino neozdravljivo bolnih, torej tiste, ki bi radi z zdravnikovo pomočjo takoj umrli, sili še naprej živeti, ali (prihodnje) razmere, ko bo popustljivejša zakonodaja (če so seveda bojazni nasprotnikov o zlorabah utemeljene) dopustila, da bodo neko drugo podмноžico te iste populacije, torej tiste, ki še ne želijo umreti, prisilili k predčasni smrti (Klampfer 2010,184).

Navsezadnje pa je treba poudariti, da se ob morebitni uzakonitvi pravice neozdravljivo bolnih do aktivne evtanazije ne bo nikoli mogoče povsem izogniti nenamernim napakam in zlonamernim zlorabam takega pravnega instituta (Klampfer 2010,186).

3.3 Pravna ureditev evtanazije in drugih praks ob koncu življenja

Večina evropskih držav nima sprejetih zakonov, ki bi dovoljevali evtanazijo ali zdravniško pomoč pri samomoru. Evtanazija je tako uzakonjena v treh evropskih državah: na Nizozemskem, v Belgiji in v Luksemburgu. V Švici je evtanazija opredeljena kot kaznivo dejanje, ni pa kazniva pomoč pri samomoru. Parlamentarna skupščina Sveta Evrope je leta 1999 sprejela Priporočilo o varstvu človekovih pravic in dostojanstvu na smrt bolnih in umirajočih, v katerem zagovarja nedotakljivost človekovega dostojanstva v vseh življenjskih obdobjih. Države članice poziva, da zakonsko zaščitijo in uredijo področje oskrbe terminalno bolnih, zlasti glede preprečevanja: 1) bolečin in trpljenja v zadnji fazi življenja, 2) podaljševanja procesa umiranja neozdravljivo bolne ali umirajoče osebe proti njeni volji, 3) odločanja za smrt raje kot biti socialno breme, 4) prekinitve zdravljenja zaradi ekonomskih razlogov ter 5) nezadostnega zagotavljanja sredstev in virov za ustrezno oskrbo neozdravljivo bolnih ali umirajočih (Council of Europe 2014, 45–46). Posredno se na temo evtanazije nanaša tudi Konvencija o človekovih pravicah in biomedicini, ki jo je Slovenija ratificirala leta 1998. Vlade podpisnice te konvencije so se zavezale, da bodo sprejele ukrepe, potrebne za zaščito dostojanstva človeka ter temeljnih pravic in svoboščin posameznika v zvezi z uporabo biologije in medicine (Council of Europe 1997).

3.3.1 Evropske države, kjer je evtanazija uzakonjena

3.3.1.1 Nizozemska

Spodnji dom nizozemskega parlamenta je sprejel Predlog Zakona o evtanaziji in pomoči pri samomoru novembra 2000. Aprila 2001 je tudi zgornji dom nizozemskega parlamenta potrdil zakon, ki je postal pravnomočen februarja 2002 (Welie 2002, 42).

Po nizozemski zakonodaji sta evtanazija in pomoč pri samomoru legalna samo v primeru upoštevanja kriterijev iz Zakona o končanju življenja na prošnjo in samomor s pomočjo⁶. Z drugimi besedami, v situaciji, ko pacient neznosno trpi, brez možnosti izboljšanja, in zdravnik upošteva zakonsko določene kriterije. Na tem mestu je treba razlikovati med evtanazijo, kjer zdravnik sam odmeri smrtonosno dozo zdravil pacientu, in pomočjo pri samomoru, kjer zdravnik zgolj oskrbi pacienta s smrtonosnim zdravilom, vendar si tega pacient odmeri sam. Zdravnikova odgovornost je, da upošteva naslednje kriterije oziroma se prepriča, da: 1) je bila pacientova zahteva prostovoljna, dobro premišljena in trajna, 2) je bilo pacientovo trpljenje neznosno in brezizhodno, 3) zdravnik mora pacienta seznaniti z njegovim zdravstvenim stanjem in možnostmi, 4) se zdravnik mora skupaj s pacientom prepričati, da se njegovo zdravstveno stanje glede na trenutno medicinsko znanje ne more izboljšati, 5) se osebni zdravnik mora posvetovati z drugim neodvisnim zdravnikom, 6) zdravnik mora poskrbeti, da se življenje pacienta konča na medicinsko primeren način (Government of the Netherlands 2017).

V primeru, da pred načrtovano evtanazijo pacient pade v delno motnjo zavesti in kaže znake trpljenja, lahko zdravnik izvede evtanazijo. Posamezniki se lahko odločijo za evtanazijo tudi po vnaprej izraženi volji, ki mora biti podana v pisni obliki. Na Nizozemskem je dovoljena tudi evtanazija mladoletnih oseb. Evtanazijo lahko zahtevajo osebe od 12 let dalje, pri čemer je obvezno soglasje staršev ali zakonitih skrbnikov (dokler ne dosežejo starosti 16 let). Mladoletniki, stari 16–17 let, ne potrebujejo soglasja, vendar pa morajo njihovi starši ali skrbniki biti vključeni v proces odločanja. Mladi, stari 18 let, lahko zahtevajo evtanazijo brez vključenosti staršev ali skrbnikov. Evtanazija se lahko izvede tudi pri osebah z demenco, če obstaja dokument o vnaprej izraženi volji in če pacient trpi za neznosnimi bolečinami, brez možnosti izboljšave. Zdravnik mora prijaviti vsak primer evtanazije ali pomoči pri samomoru za to pristojnemu organu, v nasprotnem primeru sledi sodni pregon (Government of the Netherlands 2017).

Če povzamemo v številkah, na Nizozemskem umre letno približno 140.000 ljudi. Od tega je približno 3,9 % evtanaziranih oseb (v letu 2015 je bilo uradno zabeleženih 5.516 primerov evtanazije). Pri tem ne gre prezreti podatka, da približno 33.900 oseb na leto poda prošnjo za

⁶ The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act.

evtanazijo. Najpogosteje je bila evtanazija izvedena med bolniki z rakom, leta 2015 kar v 73 % primerov (glej tabelo 3.1) (KNMG 2017).

Tabela 3.1: Bolezni pacientov, ki so bili evtanazirani od leta 2011 do leta 2015

Leto	Demenca	Duševne motnje	Več s starostjo povezanih bolezni	Rak	Drugo
2015	109	56	183	4000	1351
2014	81	41	257	3888	1039
2013	97	42	251	3581	457
2012	42	14	-	3251	881
2011	49	13	-	2797	836

Vir: KNMG (2017).

3.3.1.2 Belgija

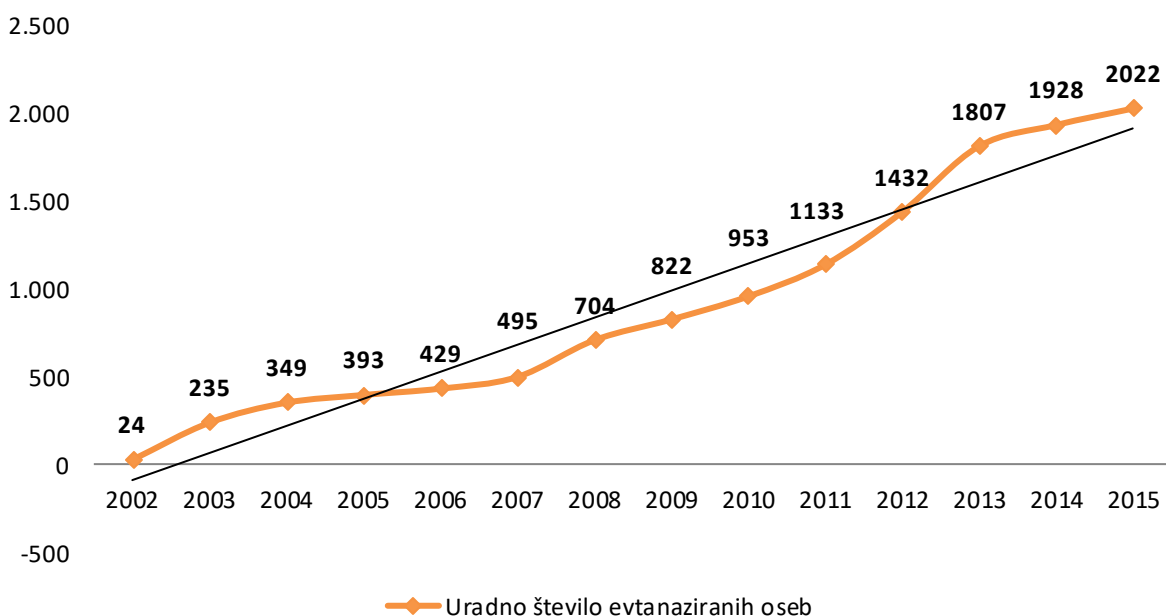
V Belgiji je evtanazija uzakonjena od maja 2002. Čeprav je bila pred tem evtanazija nezakonita in obravnavana kot namerno povzročena smrt, je bila že pred tem na nek način tolerirana, saj je bila kazenska ovadba zelo redka, zgolj v izjemnih primerih. Raziskave celo kažejo, da je bila več kot 1 od 10 smrti v državi z 10 milijoni prebivalcev rezultat »neformalne« evtanazije – ko so zdravniki dali pacientom zdravila in s tem povzročili njihovo smrt (Cohen Almagor 2009, 436–437).

Belgijska zakonodaja dovoljuje zdravnikom, da končajo življenje pacientom z neozdravljivo boleznijo, ki ob tem neznosno trpijo. Potencialni bolniki morajo izpolnjevati naslednje kriterije: 1) morajo biti stari najmanj 18 let, 2) morajo biti prebivalci Belgije, 3) morajo specifično, prostovoljno in večkrat izraziti zahtevo za končanje življenja, 4) zdravnik mora pacienta seznaniti z njegovim zdravstvenim stanjem in preostankom življenja ter z možnostjo paliativne oskrbe. Če pacient ni v zadnjem stadiju bolezni, se zahtevam dodata še dva pogoja: 1) zdravnik se mora posvetovati o pacientovi želji z neodvisnim zdravnikom, psihiatrom ali zdravnikom, specializiranim za relevantno patologijo, in 2) med pisno zahtevo in umorom iz usmiljenja mora preteči vsaj mesec dni. Za paciente, ki niso pri zavesti, veljajo naslednji pogoji: 1) pacient je odrasla oseba ali mladoletnik s pravnim statusom odrasle osebe, 2) oseba je neprištevna in njeno stanje se ob trenutnem medicinskem znanju ne more izboljšati, 3) oseba umira ali trpi za neozdravljivo patološko boleznijo, 4) oseba je podpisala obrazec za izjavo vnaprejšnje volje, v kateri zahteva evtanazijo – ta izjava velja za obdobje petih let, 5) osebni zdravnik se mora o

vnaprej izraženi volji posvetovati s pacientovo zdravstveno ekipo in ožjimi družinskimi člani ter 5) osebni zdravnik se mora posvetovati z drugim neodvisnim zdravnikom (Cohen Almagor 2009, 437; European Institute of Bioethics 2012, 2).

V Belgiji so ustanovili državno komisijo za nadzor in ocenjevanje evtanazije. Komisija vsaki dve leti izda poročilo in poda oceno stanja. Po podatkih komisije je bilo od leta 2002 do leta 2015 evtanaziranih 12.726 ljudi (glej graf 3.1). Nadalje poročilo kaže, da je bilo med letoma 2014 in 2015 15,6 % evtanaziranih oseb starih do 59 let in 84,3 % starih 60 let in več (21,5 % evtanaziranih pacientov starih od 60 do 69 let, 27 % starih med 70 in 79 let ter 35,8 % starih 80 let in več). Med letoma 2014 in 2015 ni bilo zabeleženega nobenega primera evtanazije mladoletne osebe. Evtanazija je bila najpogosteje izvedena na domu pacienta (44 %), sledila je bolnišnica (42 %) in nato negovalni domovi (12 %). Najpogosteje je bila evtanazija izvedena med bolniki z rakom (67,7 %) (Institut Européen de Bioéthique 2016, 1–3).

Graf 3.1: Uradno število evtanaziranih oseb v Belgiji od leta 2002 do leta 2015



Vir: Institut Européen de Bioéthique (2016, 1).

3.3.1.3 Luksemburg

V Luksemburgu so sočasno uzakonili evtanazijo in zdravniško pomoč pri samomoru. Zakon, ki je stopil v veljavo 16. marca 2009, opredeljuje evtanazijo kot medicinski postopek, s katerim zdravnik namerno konča življenje druge osebe na njeno izrecno in svobodno željo. Samomor s pomočjo je opredeljen kot pomoč drugi osebi pri izvršitvi samomora, kar vključuje zagotovitev

potrebnih sredstev za ta namen. Pomoč pri samomoru se lahko razume dobesečno, da osebo z neozdravljivo boleznijo oskrbiš z nečim ali pa ji pomagaš pri sami izvršitvi samomora in s tem skrajšaš njeno trpljenje in obdobje agonije (The official portal of the Grand Duchy of Luxembourg 2017).

Če povzamemo bistvene pravne zahteve in obveznosti, ki jih mora upoštevati zdravnik za izvršitev evtanazije ali samomora s pomočjo v Luksemburgu: 1) zahtevnik za evtanazijo mora biti narejen prostovoljno in v pisni obliki, 2) oseba mora biti prištevna in opravilno sposobna v času zahteve, 3) bolnik je v brezizhodnem zdravstvenem stanju, brez možnosti izboljšanja, ter poroča o stalnem telesnem in duševnem trpljenju, ki je posledica nesreče ali bolezni, 4) zdravnik mora pacienta seznaniti z njegovim zdravstvenim stanjem in preostankom življenja ter z možnostjo paliativne oskrbe, 5) pacient mora večkrat izraziti zahtevo za končanje življenja, 6) osebni zdravnik se mora posvetovati z drugim neodvisnim zdravnikom.

V primeru, da je oseba neprištevna, so glavni kriteriji presoje: 1) bolnik je v neozdravljivem stanju, ki je posledica bolezni ali nesreče, 2) pacientovo zdravstveno stanje se glede na trenutno medicinsko znanje ne more izboljšati, 3) zdravnik se mora posvetovati z drugim neodvisnim zdravnikom, 4) upošteva se tudi mnenje zaupanja vredne osebe, ki jo je bolnik določil, da razpravlja o bolnikovih željah. Zdravnik, ki izvrši evtanazijo, mora v roku osmih dni predložiti poročilo komisiji za nadzor in ocenjevanje evtanazije (The official portal of the Grand Duchy of Luxembourg 2017).

Po podatkih komisije za nadzor in ocenjevanje evtanazije in samomora s pomočjo je bilo od leta 2009 do leta 2014 v Luksemburgu vloženih 34 zahtev za evtanazijo. Od tega je bilo 18 oseb starih med 60 in 79 let, 13 oseb 80 let in več ter 3 osebe med 40 in 59 let. Mesto izvršitve je bilo v 65 % primerov bolnišnica. Najpogosteje je bila evtanazija izvedena med bolniki z rakom (79 %) (Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide 2017).

3.3.2 Pravna ureditev praks ob koncu življenja v Sloveniji

3.3.2.1 Ustava Republike Slovenije

Ustava Republike Slovenije ne omenja evtanazije. Zajema pa člene, ki govorijo o nedotakljivosti človekovega življenja (17. člen)⁷, varstvu človekove osebnosti in dostojanstva (21. člen)⁸ ter pravici do osebnega dostojanstva (34. člen)⁹. V Ustavi Republike Slovenije (51. člen)¹⁰ je zapisano, da ni mogoče nikogar prisiliti v zdravljenje, razen v primerih, ki jih določa zakon¹¹ (Ustava Republike Slovenije 1991). Tu je govora o osebnem dostojanstvu, kadar gre samo za človekovo osebno odločitev in jo tudi zelo jasno izrazi (Državni zbor Republike Slovenije 2015). O tem govori tudi načelo »Voluntas aegroti suprema lex esto«, ki pravi, da je pacientova volja najvišji zakon (Flis 1995, 162). Pri tem gre za načelo popolne avtonomije osebnosti, ki zajema tako človekovo telo kot tudi njegovo duševnost z umom. To načelo domneva, da se nobena druga osebnost ali družbena institucija ne more vtikati v odločitve, ki jih je neka oseba sprejela o sebi ali v zvezi s seboj, ali jih spreminjati. Z drugimi besedami, gre za suvereno odločanje o sebi. Koncept smiselno vsebuje tudi načelo, da bolnikova privolitev v neko aktivno zdravnikovo delovanje ali v opustitev takšnega delovanja odstrani pravni in moralni element nedopustnosti. Četudi je taka odločitev morebiti v očeh nevtrálnih opazovalcev razumljena kot sporna ali »napačna«, je kljub temu nima nihče, razen bolnika samega, pravice spreminjati ali nanjo vplivati.

3.3.2.2 Kazenski zakonik Republike Slovenije

Kazenski zakonik Republike Slovenije, ki je bil sprejet leta 2008, evtanazije neposredno ne omenja, je pa moč to dejanje enačiti z umorom. V starem Kazenskem zakoniku sta bila ločena umor iz usmiljenja in klasičen umor, ki ga zakon zelo jasno določa. Zdajšnji Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2) pa ti dejanji preprosto izenačuje (Državni zbor Republike Slovenije 2015). Podrobneje, v 120. členu, ki obravnava napeljevanje k samomoru in pomoč pri samomoru, je

⁷ 17. člen Ustave Republike Slovenije: »Človekovo življenje je nedotakljivo. V Sloveniji ni smrtne kazni.« (Ustava Republike Slovenije 1991)

⁸ 21. člen Ustave Republike Slovenije govori o zagotovljenem spoštovanju človekove osebnosti in njegovega dostojanstva v kazenskem in v vseh drugih pravnih postopkih ter prav tako med odvzemom prostosti in izvrševanjem kazni. Prepoveduje vsakršno nasilje nad osebami, ki jim je prostost kakorkoli omejena, in vsakršno izsiljevanje priznanj in izjav (Ustava Republike Slovenije 1991).

⁹ 34. člen Ustave Republike Slovenije: »Vsakdo ima pravico do osebnega dostojanstva in varnosti.« (Ustava Republike Slovenije 1991)

¹⁰ 51. člen Ustave Republike Slovenije: »Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon dalje določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Tako nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.« (Ustava Republike Slovenije 1991)

¹¹ Te primere določa Zakon o pacientovih pravicah (glej podpodpoglavje 2.4.3 Zakon o pacientovih pravicah).

navedeno: 1) kdor koga naklepoma napelje k samomoru ali mu pomaga pri njem in ga ta stori, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let, in 2) kdor stori dejanje iz prejšnjega odstavka proti mladoletni osebi, ki je že stara štirinajst let, ali proti osebi, katere sposobnost razumeti pomen svojega dejanja ali imeti v oblasti svoje ravnanje je bila bistveno zmanjšana, se kaznuje kot za uboj ali umor, to je z zaporom od enega do desetih let (Kazenski zakonik 2012).

V 178. členu Kazenskega zakonika Republike Slovenije je obravnavana opustitev zdravstvene pomoči na naslednji način: 1) zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v življenjski nevarnosti, se kaznuje z zaporom do enega leta, 2) dejanje iz prejšnjega odstavka ni protipravno, če zdravnik opusti določen način zdravljenja, poseg ali medicinski postopek na izrecno pisno zahtevo bolnika ali druge osebe, ki je sposobna odločati o sebi in pomoč zavrača tudi še po tem, ko je poučena o nujnosti pomoči in o mogočih posledicah zavrnitve, in tudi po tem, ko jo je zdravnik ponovno poskusil prepričati, naj spremeni svojo odločitev (Kazenski zakonik 2012).

3.3.2.3 Zakon o pacientovih pravicah

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) neposredno ne omenja evtanazije, vendar pa vsebuje člene, ki se navezujejo na pravice pacientov do samostojnega odločanja o zdravljenju. Po 30. členu ZPacP lahko pacient zavrne zdravstveno oskrbo ali predlagani medicinski poseg, razen »kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih« (Zakon o pacientovih pravicah 2008). Prav tako v primeru, če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja. V tem primeru mora zdravnik pacienta poskusiti prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane. Pacientu mora predlagati tudi pridobitev drugega mnenja (Zakon o pacientovih pravicah 2008).

ZPacP v 34. členu ureja pravico do upoštevanja vnaprejšnje volje za polnoletnega pacienta, ki je sposoben odločanja o sebi, in se posledično upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, torej če: 1) bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako

zdravljenje ne daje upanja za ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje, 2) bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšal življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase. Prva volja je za zdravnika zavezujoča, medtem ko druga služi zgolj kot smernica pri odločanju o zdravljenju. 34. člen ZPacP nadalje določa, da je »vnaprej izraženo voljo¹² treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev, in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical« (Zakon o pacientovih pravicah 2008).

Prav tako ima pacient pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja, povezanega z njegovo boleznijo. To ureja 39. člen ZPacP, ki tudi določa, da imata pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, pravico do paliativne oskrbe (Zakon o pacientovih pravicah 2008).

3.3.2.4 Kodeks medicinske deontologije Slovenije

Kodeks medicinske deontologije Slovenije obravnava evtanazijo neposredno v 43. členu, ki pravi: »Zdravnik odklanja in obsoja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem.« (Zdravniška zbornica Slovenije 2016) Iz tega lahko razberemo, da sta tako pasivna kot aktivna evtanazija prepovedani.

Na temo smrti in umiranja se nanašajo naslednji členi (Zdravniška zbornica Slovenije 2016):

- 44. člen: »Pri bolniku, ki je na smrt bolan, mora zdravnik ukreniti vse potrebno za smiselno zdravljenje in lajšanje trpljenja. Bolnikovo umiranje in smrt je del zdravnikovega zdravljenja.«
- 45. člen: »Umirajoči ima pravico do oskrbe, nege in človeškega odnosa ter do navzočnosti svoje družine v trenutkih končnega obdobja njegove bolezni oziroma bližajoče se smrti. Zdravnikova naloga je, da bolnikovi družini skrbno obrazloži svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja bolnika in do kod lahko seže njegova

¹² Vnaprejšnja volja je dokumentirana na privolitvenem obrazcu, ki velja pet let in jo pacient lahko ne glede na sposobnost odločanja o sebi kadarkoli s pisno izjavo prekliče.

pomoč. Prav tako je zdravnik dolžan umirajočemu v okviru možnosti zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt.«

- 46. člen: »Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen. Navedenega ni treba upoštevati, če se pacientova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravnika. Pri nezavestnih ali nerazsodnih bolnikih se je treba ravnati po medicinskih merilih, pri čemer se upošteva tudi domnevno voljo bolnika. Veliko veljavo ima tudi mnenje oseb, ki bolnika dobro poznajo. Dokončna odločitev pa je na strani zdravnika, ki sprejme odgovorno odločitev.«

Prav tako zdravnike obvezuje Hipokratova prisega, ki posredno omenja evtanazijo na naslednji način: »Da ne bom nikoli nikomur – tudi ko bi me prosil – zapisal smrtne droge ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel.« (Cevc 1995, 156)

3.3.2.5 Državni program paliativne oskrbe

Ko je govora o evtanaziji, se velikokrat omenja *paliativna oskrba*. Ta je po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2016) opredeljena kot pristop, ki izboljšuje kakovost življenja pacientom vseh starosti z napredovalo neozdravljivo kronično boleznijo in njihovim bližnjim. Paliativna oskrba je sestavni del zdravstvenega varstva in se izvaja v skladu z Državnim programom paliativne oskrbe, ki ga je leta 2010 sprejelo Ministrstvo za zdravje (Ministrstvo za zdravje 2010). Temeljni poudarki paliativne oskrbe so: 1) preprečevanje in lajšanje bolečin, doseženih z zgodnjo identifikacijo in zdravljenjem ter pomoč pri drugih problemih – psiholoških ali duhovnih, 2) priznavanje življenja in umiranja kot naravnega procesa, 3) nudenje podpornega sistema pacientom, da živijo čim bolj aktivno do svoje smrti, 4) nudenje podpore pacientovi družini in bližnjim, tako v času bolezni kot v procesu žalovanja (WHO 2016). Prav tako je treba izpostaviti zmotno enačenje paliativnosti z obdobjem umiranja. Paliativnost v splošnem smislu pomeni to, da je neka bolezen neozdravljiva. Kljub nenehnemu razvoju medicine in novih zdravil obstaja danes veliko takih bolezni, ki jim medicina ne najde vzroka. Znotraj te opredelitve obstaja več ravni paliativnosti: 1) podporno obdobje, ko se poskuša ublažiti napredovanje neke bolezni ali za kratek čas celo zaustaviti, 2) obdobje umiranja, ko bolnik iz nekega stabilnega obdobja začne drseti proti koncu svojega življenja (Državni zbor Republike Slovenije 2015).

V Sloveniji poteka izvajanje osnovne paliativne oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema. Na primarni ravni poteka na bolnikovem domu, v institucionalnem ali dnevnem varstvu. Sekundarna oskrba poteka v stacionarni enoti ali na oddelku specialistične paliativne oskrbe takrat, ko zaradi zahtevnosti bolezni te ni več mogoče obvladovati v bolniški enoti ali okolju, kjer bolnik živi. Oskrba na primarni ali sekundarni ravni lahko vključuje tudi mobilni tim. Medtem pa je izvajanje specialistične¹³ paliativne oskrbe prepuščeno zavzetosti nekaterih posameznikov in ustanov ter posledično poteka le občasno in nesistematično. V teh ustanovah jo izvajajo zaposleni strokovni delavci, ki so za to področje dela dodatno usposobljeni. Paliativna oskrba zajema celostno oskrbo ne le telesnih motečih bolezenskih znakov, temveč tudi oskrbo psihosocialnih in duhovnih vidikov za doseganje čim kakovostnejšega življenja vse do smrti. V paliativno oskrbo so vključeni vsi bolniki z napredovalo neozdravljivo kronično boleznijo, rakavi bolniki, bolniki z odpovedjo organa, nevrološki obolenji, psihiatričnimi obolenji, aidsom, pediatričnimi neozdravljivimi napredovalimi boleznimi in drugi. Del paliativne oskrbe je tudi oskrba pacientovih bližnjih v času žalovanja (Ministrstvo za zdravje 2010; Ministrstvo za zdravje 2015; ReNPZV 2008).

Ministrstvo za zdravje (2010) loči naslednje oblike paliativne oskrbe v Sloveniji:

- Paliativna oskrba v okvirih standardne zdravstvene oskrbe: poteka na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti v sklopu akutne in neakutne zdravstvene obravnave. Izvaja se tudi pri izvajalcih institucionalnega varstva v dnevnih in celodnevni oblikah v okviru različnih oblik dolgotrajne oskrbe.
- Dejavnost Slovenskega društva Hospic: ima najdaljšo prakso v oskrbi umirajočih pacientov in njihovih bližnjih. Društvo Hospic se kot nevladna humanitarna organizacija vključuje v paliativno oskrbo ljudi z napredovalo kronično boleznijo v zadnjih mesecih življenja. Oskrba bolnikov poteka tam, kjer si bolnik želi – na njegovem domu ali v zdravstveni ustanovi (Hospic 2016). Oskrbo bolnika in njegovih bližnjih izvaja strokovni tim hospica, ki ga sestavljajo medicinske sestre, izšolani prostovoljci in družinski koordinator, ki je lahko socialni delavec ali psiholog. V povezavi z zdravstvenimi domovi so vključeni tudi osebni zdravniki pacientov in druge javne službe: socialna služba, patronaža in pomoč na domu (Lunder 2007, 35). Namen

¹³ Pacientom s težko obvladljivi simptomi in drugimi težavami je na voljo specialistična paliativna oskrba, pri kateri gre zgolj za dopolnitev osnovne paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje 2010).

oskrbe je lajšanje in preprečevanje fizičnega trpljenja ter podpora pri razreševanju čustvenih, duhovnih in socialnih stisk, ki se pojavijo ob dejstvu, da se življenje naglo izteka. Vodilo je celostni pristop, saj se posameznik obravnava kot veliko več kot le fizično telo in s prizadevanjem za zadovoljitev tudi njegovih psihosocialnih in duhovnih potreb. Hospic na ta način poudarja kakovost življenja zaradi življenja samega, ne da bi to življenje želeli podaljševati ali skrajševati. Prav tako oskrba hospica nudi oporo svojcem pri soočanju in pripravah na slovo in kasneje podporo žalujočim odraslim, otrokom in mladostnikom po izgubi bližnje osebe v procesu žalovanja. V Sloveniji je prva hiša hospica začela delovati v Ljubljani leta 2010 v okviru Slovenskega društva Hospic. Od leta 2015 je zaradi neurejenega sistema financiranja v obdobju mirovanja (Hospic 2016). Na začetku leta 2016 je začela delovati hiša Ljubhospica, ustanovljena v okviru zavoda Ljubhospic (Ljubhospic 2016). Tudi Lunder (2007, 35) poudarja, »da gibanje hospic prinaša v medicinsko miselnost drugačen pristop, saj poudarja celosten pristop z enakovredno obravnavo tako fizičnih/telesnih težav bolnika kot čustvenih, psihosocialnih in duhovnih, ter pri tem raziskuje nove modele oskrbe, ki so bolj usmerjeni v služenje potrebam bolnika in njegovih bližnjih«. Hospic v svojem konceptu priznava koncept človeka vrednega življenja do zadnjega diha. Ljudje nismo samo telesa, temveč smo tudi socialna bitja, zato ne bi smeli govoriti samo o smrti, ampak o zaključevanju življenja. S svojim delovanjem si prizadeva, da socialna smrt ne bi prehitela fizične. Ko govorimo o pravici do dostojanstvene smrti, govorimo pravzaprav o pravici do slovesa, o pravici zaključiti odnose s svojci (Lekarna Ljubljana 2016).

- Paliativna oskrba na Onkološkem inštitutu v Ljubljani: gre za celostno obravnavo pacientov z neozdravljivim, napredujočim rakom. Osnovna paliativna oskrba se izvaja na bolniških oddelkih in v ambulantah, specialistična pa na oddelku za akutno paliativno oskrbo.
- Paliativna oskrba v Bolnišnici Golnik: izvaja se v okviru neakutne obravnave, to je v okviru rednih informativnih srečanj za paciente in njihove svojce ter strokovnih izobraževanj s področja paliativne oskrbe.
- Izvajanje blažilne oskrbe v Splošni bolnišnici Jesenice: gre za specializirano ambulantno blažilno oskrbo in tudi dnevno oskrbo pacientov, ki ne potrebujejo bolnišničnega zdravljenja. Pacientom je na voljo 24-urna pripravljenost, izdelano imajo mrežo za nego na domu, ki vključuje mobilni paliativni tim. Zagotovljena je tudi podpora svojcem v času bolezni in žalovanja.

- Paliativna oskrba v okviru ambulant za zdravljenje bolečine v slovenskih bolnišnicah: poteka v dvanajstih ambulantah za zdravljenje bolečine v sklopu anestezioloških oddelkov. Letno obravnavajo 800–1000 pacientov z rakom, pri čemer je glavni razlog obravnave urejanje učinkovite in primerne analgetične terapije.

Kot že omenjeno, je bil v Sloveniji prvi in temeljni dokument za razvoj paliativne oskrbe sprejet šele leta 2010. Lopuh, vodja Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo Splošne bolnišnice Jesenice, ocenjuje, da ima Slovenija dober državni program paliativne oskrbe, saj zagotavlja kontinuirano spremljanje bolnika med posameznimi institucijami in v njegovem domačem okolju. Slovenija je zaradi lažje organizacije razdeljena na posamezne regije, ki ustrezajo območnim enotam ZZZS. Primarno težišče je v okolju, kjer bolnik živi, v sodelovanju z osebnim zdravnikom in patronažno medicinsko sestro. V to mrežo se vključujejo tudi dežurna služba, mobilni paliativni tim, socialna služba, nega na domu in lekarniška mreža, ki pripomorejo k temu, da svojci lahko umrejo v domačem okolju (Državni zbor Republike Slovenije 2015).

Državni program paliativne oskrbe je sicer dobro zastavljen, saj predvideva sistemsko ureditev izvajanja paliativne oskrbe na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, vendar pa smo na tem področju še daleč od začrtane poti (Peternelj in Lunder 2011, 55). V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 so podane najpogostejše omejitve, ki se pojavljajo že na primarni ravni paliativne oskrbe v obliki nezadostne priprave bolnika na odpust iz bolnišnice, slabega informiranja pacienta s prognozo bolezni, neustrezne in prepozne obravnave simptomov, pomanjkljive koordinacije med službami in izvajalci ter navsezadnje v obliki premajhne svetovalne, psihosocialne in duhovne podpore bolniku in bližnjim. Resolucija v načrtu aktivnosti in ukrepov predvideva poenotenje in ureditev področja paliativne oskrbe, da bo enako dostopna vsem, ki jo potrebujejo. Tako so temeljni cilji: 1) izboljšati kakovost obravnave in omogočiti celosten pristop vsem bolnikom z napredovalo in neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, 2) zagotoviti bolnikom enako dostopnost do storitev paliativne oskrbe, 3) omogočiti pravočasno obravnavo bolnikov v okolju, kjer živijo, 4) določiti kriterije za vključitev bolnikov v določene programe paliativne obravnave in 5) oblikovati time na ravni sodelujočih zdravstvenih domov, socialnovarstvenih ustanov, centrov za socialno delo in nevladnih organizacij v lokalni skupnosti. Prav tako bi bilo treba izvajanje paliativne oskrbe na vseh ravneh umestiti v redni program storitev zdravstvenega varstva, čemur bi nato sledila evalvacija državnega programa za paliativo (Ministrstvo za zdravje 2015, 39–43). Zavedanje

pomembnosti ureditve paliativne nege se kaže tudi v tem, da je Ministrstvo za zdravje aprila 2017 sprejelo Državni program obvladovanja raka 2017–2021, ki nadgrajuje prvotni DPOR 2010–2015, saj določa bolj specifične cilje za področje paliativne oskrbe. Ti cilji so: 1) sistemski pogoji: določitev organizacijskih in finančnih ukrepov, ki omogočajo vzpostavitev mreže paliativne oskrbe v Sloveniji v vsaj treh območnih enotah ZZZS do sredine leta 2018 in v šestih območnih enotah ZZZS do konca leta 2020, 2) izobraževanje: do leta 2020 je v programe specializacij vseh kliničnih specialnosti in družinske medicine vključeno 50-urno izobraževanje o paliativni oskrbi in izobraževanje iz paliativne oskrbe za vse zdravstvene delavce, ki izvajajo paliativno oskrbo, 3) nadzor kakovosti: organiziranje rednih letnih kontrol za vse enote v mreži paliativne oskrbe od začetka delovanja (Ministrstvo za zdravje 2017, 34).

Temeljna omejitev na področju paliativne oskrbe v Sloveniji se nanaša na financiranje storitev. Storitve paliativne oskrbe in kadrovski normativi namreč še niso umeščeni v sistem financiranja, kar predstavlja dodatno oviro za njen razvoj. V sistem financiranja jo je težko umestiti zaradi zahtevnega organizacijskega pristopa in izrazitega timskega dela, ki poleg zdravstvenih delavcev vključuje tudi strokovnjake na drugih področjih dela, ki zagotavljajo celostno reševanje bolnikovih težav. Pri tem naj spomnimo, da je zaradi neurejenega sistema financiranja prva hiša hospica, ki je začela delovati leta 2010 v Ljubljani, od leta 2015 v obdobju mirovanja. V Sloveniji je tako samo ena hiša hospica, ki nudi paliativno hospic oskrbo, in sicer hiša Ljubhospica, ki je začela delovati na začetku leta 2016. Velja pa tudi poudariti, da dobro organizirana paliativna nega lahko prepreči nepotrebne hospitalizacije in intervencije urgentnih služb ter zmanjša porabo zdravil in nepotrebnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov v bolnišnicah (Peternej in Lunder 2011, 65). Peternej in Lunder (2011, 65) zato priporočata umestitev transparentnega financiranja paliativne oskrbe v Splošni dogovor, kar bi vključevalo tako ustrezne kadrovske normative kot priznanje storitev paliativne oskrbe. Med drugim je treba omogočiti ustrezno dosegljivost paliativne oskrbe pacientom in njihovim svojcem 24 ur na dan in vse dni v tednu ter stalno dosegljivost patronažne medicinske sestre na domu glede na potrebe pacienta po vsej Sloveniji.

4 ODNOS SLOVENCEV IN SLOVENK DO EVTANAZIJE IN SMRTI

Prehod na empirično raven magistrskega dela sledi v tem poglavju, v katerem se ukvarjamo z odnosom slovenske javnosti do smrti, umiranja in evtanazije. V ospredju je bilo vprašanje, kako se tabuizacija smrti odseva v odnosu do evtanazije, pomoči pri smrti in navsezadnje do samomora. Podani so rezultati za različna časovna obdobja.

4.1 Metodološka izhodišča

Za analizo so uporabljeni anketni podatki iz raziskav Evropska raziskava vrednot (EVS), Mednarodna raziskava stališča o samomorih (SUIATT) in Slovensko javno mnenje (SJM) ter iz anket, ki so bile izvedene po 7. januarju 2015, ko je bila slovenska javnost obveščena o sumu neprostoVOLjne evtanazije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana: anketa Slovenski utrip, anketa Dela in spletna anketa portala 24ur.com.

Raziskava SUIATT, katere nosilec je bil Oddelek za klinično psihologijo Univerze v Leidnu (Nizozemska), je bila izvedena leta 1994 kot del raziskave Slovensko javno mnenje (SJM). V vzorec je bilo zajetih 1035 polnoletnih prebivalcev Republike Slovenije. Iz raziskave SUIATT smo v analizo vključili v nadaljevanju navedene indikatorje. Anketno vprašanje 38: »Kaj menite o ustanovitvi zavodov ali klinik, na katere bi se ljudje, ki bi želeli napraviti konec svojemu življenju, lahko obrnili po pomoč, ko bi želeli umreti?« Anketno vprašanje 58: »Ali menite, da ima človek pravico napraviti samomor?« Anketno vprašanje (neoštevilčeno): »V kakšnih okoliščinah bi vi napravili samomor?« Pri tem vprašanju smo obravnavali podvprašanje 22: »Če bi bili neozdravljivo (na smrt) bolni?« (Toš in Lokar 1994)

Raziskava EVS je uporabljena za nacionalno primerjavo odnosa do evtanazije v dveh časovnih obdobjih. Raziskava je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu polnoletnih državljanov Republike Slovenije. Za primerjavo so podani podatki iz dveh različnih časovnih obdobj, in sicer za leto 1999 (3. val raziskave EVS je vključeval 33 držav) in leto 2008 (4. val raziskave EVS je vključeval 47 držav/regij). V obeh raziskavah se je pojavilo vprašanje: »Prosim vas, da mi za vsako od naštetih stvari poveste, ali jo lahko po vašem mnenju vedno opravičimo, ali je nikoli ne moremo opravičiti, ali pa gre za nekaj vmesnega?« Med pojmi je bila tudi evtanazija, opredeljena kot »končati življenje neozdravljivo bolnega«. Odgovore je bilo treba označiti na lestvici od 1 do 10, pri čemer je 1 pomenilo nikoli in 10 vedno. Ker pa bi imela taka tabela preveč celic in bi bili posledično dobljeni rezultati nepregledni, je bilo treba združiti odgovore

v smiselne kategorije. Oblikovala sem naslednje kategorije: ne moremo opravičiti (vrednosti od 1 do 4), niti – niti (vrednosti od 5 do 6), lahko opravičimo (vrednosti od 7 do 10).

Na temo evtanazije se je navezovalo tudi vprašanje v *Slovenski javnomnenjski raziskavi (SJM)*, izvedeni med 21. septembrom in 18. decembrom 2013. Raziskava je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu (N = 1010) polnoletnih oseb s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji. Kot vzorčni okvir je bil uporabljen Centralni register prebivalcev Slovenije, pri čemer je bil izbor oseb slučajnostni. Iz raziskave SJM smo v analizo vključili v nadaljevanju naveden indikator. Anketno vprašanje S32: »Odnos do pojmov ... evtanazija. Našteli bomo nekaj besed ali pojmov, vi pa na hitro, po prvem vtisu, brez predolgega razmišljanja, ocenite, ali imate do njih zelo pozitiven, pozitiven, negativen ali zelo negativen odnos.« (Hafner Fink in drugi 2013)

V anketi *Slovenski utrip*, ki jo izvaja Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici, so anketirancem postavili vprašanje o pasivni evtanaziji. Telefonska anketa je bila izvedena med 12. in 14. januarjem 2015 med polnoletnimi prebivalci Republike Slovenije. V vzorec je bilo zajetih 918 enot. Anketirane osebe so bile izbrane s pomočjo Telefonskega imenika prebivalcev Slovenije, pri čemer je bilo uporabljeno stratificirano slučajno vzorčenje. Vprašanje se je glasilo: »Kako bi morali po vašem mnenju urediti vprašanje aktivne evtanazije, pri kateri bi zdravnik namerno pomagal umreti osebi, ki trpi zaradi neozdravljive bolezni? Katere stališče o taki evtanaziji je vam osebno najbližje?« (Makarovič in drugi 2015)

Oddelek za tržne raziskave Delo Stik je med 13. in 14. januarjem 2015 izvedel telefonsko anketo. V *Anketi Dela* je sodeloval 401 odrasel prebivalec Republike Slovenije. V anketi sta bili zastavljeni vprašanji: »Ali podpirate evtanazijo?« in »V Sloveniji smo načeli vprašanje evtanazije. Kaj od naštetega je mogoče šteti pod evtanazijo?« (Potič 2015)

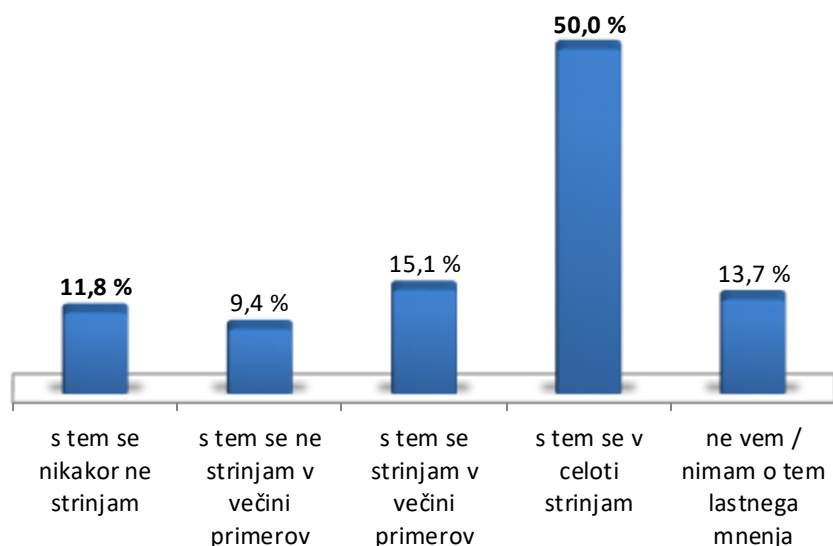
Tudi na spletnem portalu *24ur.com* je bila izvedena anketa, na katero so odgovarjali naključni obiskovalci in obiskovalke spletne strani. Vprašanje se je glasilo: »Menite, da bi morali tudi v Sloveniji uzakoniti evtanazijo?« Spletna anketa je trajala od 15. januarja do 14. februarja 2015, v njej pa je sodelovalo 30.761 oseb (24ur.com 2017).

4.2 Ključne ugotovitve

Podatki iz raziskave SUIATT kažejo naklonjenost ustanovitvi klinik ali zavodov, na katere bi se ljudje lahko obrnili, ko bi želeli umreti. Z ustanovitvijo takih klinik ali zavodov se je strinjalo

65,1 % anketirancev, nasprotovalo jih je 21,2 % (glej graf 4.1). Pri tem vprašanju je bilo 490 veljavnih in 545 neveljavnih odgovorov (Toš in Lokar 1994).

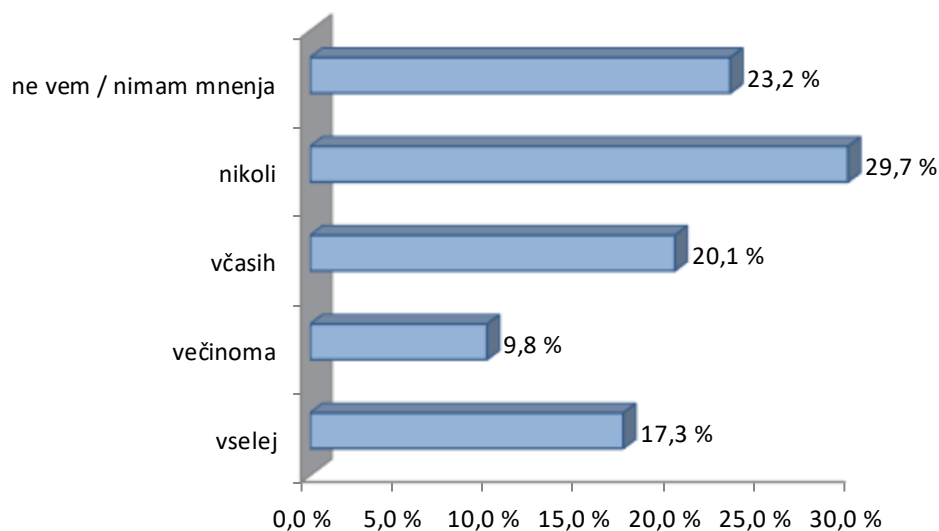
Graf 4.1: Ustanovitev klinik ali zavodov, kjer pomagajo ljudem umreti



Vir: Toš in Lokar 1994 (lasten izračun).

Iz raziskave SUIATT je razvidno, da je imela večina anketiranih oseb negativno mnenje o samomoru oziroma ga ni odobraval. Na vprašanje, ali menijo, da ima človek pravico napraviti samomor, je 29,7 % anketirancev odgovorilo z »nikoli« in 17,3 % z »vselej« (glej graf 4.2). Pri tem vprašanju je bilo 492 veljavnih odgovorov in 543 neveljavnih. Med drugim so anketiranci morali oceniti, kolikšna je verjetnost, da bi sami napravili samomor v primeru, če bi bili neozdravljivo (na smrt) bolni. 2,9 % jih je odgovorilo z »zagotovo da« in 36,6 % z »zagotovo ne«. Pri tem vprašanju je bilo 486 veljavnih in 549 (Toš in Lokar 1994).

Graf 4.2: Pravica do samomora



Vir: Toš in Lokar 1994 (lasten izračun).

Podatki Slovenske javnomnenjske raziskave za leto 2013 kažejo naklonjenost slovenske javnosti do evtanazije. Če povzamemo v številkah, negativen odnos do evtanazije je imelo 18,5 % anketiranih oseb in pozitivnega 36,6 % (glej tabelo 4.1) (Hafner Fink in drugi 2013).

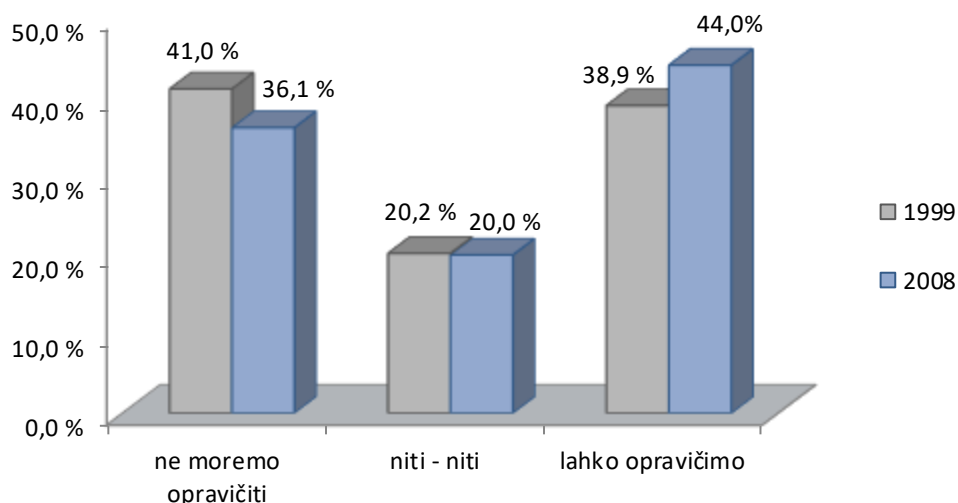
Tabela 4.1: Odnos do evtanazije, SJM, 2013

	Zelo negativen	Negativen	Niti – niti	Pozitiven	Zelo pozitiven	Ne vem, b. o.
Odnos do evtanazije	5,8 %	12,7 %	28,1 %	28,2 %	8,4 %	16,7 %

Vir: Hafner Fink in drugi (2013).

Evtanazija je bila obravnavana tudi v raziskavi EVS, v katero so zajeta razna področja vrednot in stališč do sodobnih družbenih problemov. Leta 1999 je 41 % anketirancev odgovorilo, da evtanazije ne moremo opravičiti, in 38,9 % anketirancev, da jo lahko. Leta 2008 je prišlo do zamenjave mnenj, in sicer je bilo več (44 %) anketiranih oseb mnenja, da evtanazijo lahko opravičimo, kot tistih, da je ne moremo (36,1 %) (glej graf 4.3). Podrobneje, leta 1999 je 27,5 % anketiranih odgovorilo, da evtanazije »nikoli« ne moremo opravičiti (vrednost 1 na lestvici), in 21,9 %, da jo lahko vedno (vrednost 10 na lestvici). Leta 2008 je 22,4 % anketirancev odgovorilo, da evtanazija nikoli ni opravičljiva, in 16,4 %, da evtanazijo lahko vedno opravičimo (EVS).

Graf 4.3: Opravičljivost evtanazije



Vir: EVS (lasten izračun).

V nadaljevanju so podani izsledki anket, opravljenih po 7. januarju 2015, ko je bila slovenska javnost obveščena o sumu evtanazije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. V anketi *Slovenski utrip* je več kot polovica (52,2 %) anketiranih oseb odgovorila, da bi morali dovoliti aktivno evtanazijo, ko bolnik to izrecno zahteva. 20,8 % vprašanih je bilo mnenja, da jo je treba dovoliti izjemoma, tudi ko se bolnik o tem ne more izreči. Na drugi strani pa 20,2 % anketirancev meni, da bi evtanazija morala ostati prepovedana (glej prilogo B). Pri tem vprašanju je bilo 857 veljavnih in 61 neveljavnih odgovorov (Makarovič in drugi 2015).

Po podatkih telefonske ankete *Dela* evtanazijo podpira 57 % anketirancev, medtem ko jih 32 % te ne podpira (glej prilogo C). V anketi so tudi preverili razumevanje samega pojma evtanazija. Anketirancem so našteali nekaj opredelitev, za katere so morali oceniti, ali jih je mogoče šteti pod evtanazijo. Naj poudarimo, da je bilo pri tem vprašanju možnih več odgovorov. 62 % vprašanih meni, da je govora o evtanaziji v primeru, ko zdravnik usmrti bolnika na njegovo željo. Nadalje se je pokazalo zaskrbljujoče, da se zgolj 17 % vprašanih zaveda, da gre za evtanazijo tudi v primeru, ko zdravnik usmrti bolnika brez njegove želje. Odklop bolnika z aparatov je označilo 25 % vprašanih in primer, ko bolniku odvzamejo umetno hranjenje, 11 % vprašanih. 14 % anketiranih oseb pa zmotno enači evtanazijo z zdravniško pomočjo pri samomoru (glej prilogo Č) (Potič 2015).

Anketa, objavljena na spletnem portalu 24ur.com, je pokazala, da je večina naključnih obiskovalcev naklonjena uzakonitvi evtanazije v Sloveniji. 78 % sodelujočih je ocenilo, da bi

tudi v Sloveniji morali uzakoniti evtanazijo, 17 % jih je temu nasprotovalo, 5 % vprašanih pa je bilo vseeno (glej prilogo D) (24ur.com 2017).

Če strnemo, empirični rezultati kažejo, da je slovenska javnost na splošno bolj naklonjena evtanaziji. To je razvidno iz podpiranja ustanovitve klinik ali zavodov, na katere bi se ljudje lahko obrnili, ko bi želeli umreti, naklonjenosti do aktivne evtanazije in na splošno podpiranja evtanazije. Na tem mestu je potrebna previdnost, saj so bila v nekaterih raziskavah vprašanja preveč splošno zastavljena. Kot na primer vprašanje v *Anketi Dela*: »Ali podpirate evtanazijo?« Odgovori namreč ne razkrijejo, katero obliko evtanazije anketiranci in anketiranke podpirajo. Ali podpirajo aktivno ali pasivno evtanazijo, prostovoljno, neprostovoljno ali prisilno? Med temi oblikami evtanazije so namreč pomembne razlike. Iz ankete *Dela* pa je bilo razvidno, da se anketirane osebe teh razlik ne zavedajo. Zgolj 17 % vprašanih se je zavedalo, da je evtanazija tudi v primeru zdravniške usmrtitve bolnika brez njegove želje. V tem primeru gre za prisilno evtanazijo, ko je dejanje končanja življenja v nasprotju z željami osebe, ki je sposobna odločanja o sebi, ali neprostovoljno evtanazijo, ko oseba ni sposobna izraziti izbire (Hope 2004, 21). V anketi na spletnem portalu 24ur.com se je pojavilo vprašanje »Menite, da bi morali tudi v Sloveniji uzakoniti evtanazijo?« 78 % vprašanih jih je temu pritrdilo. Vzorec v tej anketi ni bil reprezentativen, saj so v njej sodelovale naključne osebe, ki bi lahko odgovarjale tudi večkrat, zato ti podatki ne odražajo mnenja slovenske javnosti. Prav tako že samo vprašanje sugerira pritrdilen odgovor z rabo besede »tudi«. Če je evtanazija uzakonjena drugje, zakaj torej ni »tudi« v Sloveniji? Prav tako ne gre zanemariti podatka, da so anketa Slovenski utrip, anketa *Dela* in anketa na spletnem portalu 24ur.com potekale med 15. januarjem in 14. februarjem 2015, torej manj kot dva tedna po odmevnem medijskem poročanju o domnevni storitvi evtanazije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Medtem ko je v raziskavi Slovensko javno mnenje leta 2013 36,6 % anketirancev imelo pozitivno mnenje o evtanaziji.

5 KRITIČNA ANALIZA DISKURZOV O EVTANAZIJI V SLOVENSKIH TISKANIH MEDIJAH

V pričujočem delu je bila uporabljena kvalitativna metoda raziskovanja, in sicer kritična analiza diskurza. Najprej sledi opredelitev osnovnih pojmov in konceptov. V nadaljevanju bomo raziskali, kateri diskurzi se uporabljajo v povezavi z evtanazijo in kako so artikulirani. V empiričnem delu magistrskega dela je bila uporabljena kritična analiza diskurzov o evtanaziji v izbranih slovenskih tiskanih medijih, s pomočjo katere smo tudi naredili analitično razlikovanje med diskurzi.

5.1 Kritična analiza diskurza

Fairclough (1995, 2) identificira kritično analizo diskurza kot tridimenzionalen okvir, katerega namen je združiti naslednje oblike analiz: 1) analizo (govorjenega ali napisanega) teksta, 2) analizo diskurzivne prakse (proces produkcije, distribucije in interpretacije besedil) in 3) analizo diskurzivnih dogodkov (druženokulturnih praks). Nadalje ocenjuje, da se pojem tekst najprej nanaša na pisni ali govorni jezik, vključuje pa tudi druge semiotske pojave. Vzemimo za primer televizijo kot primer združevanja jezika z vizualnimi podobami, glasbo in zvočnimi učinki. Tudi pisna besedila postajajo vse bolj »multisemiotska«, ne samo zato, ker vsebujejo fotografije in diagrame, temveč tudi zaradi poudarka na grafičnem oblikovanju, ki znatno vpliva na evalvacijo napisanega besedila. Skratka, znotraj analize diskurza tekst označuje bodisi govorni bodisi pisni diskurz (Fairclough 1995, 4). Jaworski in Coupland (2006, 8) označita analizo diskurza za interdisciplinarni projekt, saj veliko disciplin temelji na diskurzu kot družbeni in kulturni praksi. Nadalje menita, da je analiza diskurza nič drugega kot »analiza rabljenega/uporabljenega jezika« (Jaworski in Coupland 2006, 8). Tudi Richardson (2007, 1) opredeli kritično analizo diskurza kot teorijo in metodo analiziranja načina, kako posamezniki in institucije uporabljajo jezik. Vezovnik (2009, 16) pa pojmuje kritično analizo diskurza kot »proces analiziranja pomenskih praks in diskurzivnih oblik«. Na razvoj teorij diskurza je imelo vpliv več teoretskih tradicij. Največji vpliv na teorijo diskurza je imel miselni tok poststrukturalizem, za katerega je značilno razumevanje diskurza kot vseobsegajočega družbenega pojava. Izpostaviti velja tudi postmarksizem, kjer se v logiki antagonizma diskurzi neprestano bojujejo za hegemonске pozicije in postfundacionalizem, ki diskurzivno polje razume kot kontingentno netotalizirano strukturo (Vezovnik 2009, 41–42).

Jorgensen in Phillips (2002, 12) povzameta glavna skupna izhodišča vseh teorij in pristopov, ki se ukvarjajo z diskurzom:

- 1) Jezik ni odsev preddoločene »realnosti«.
- 2) Jezik je sestavljen iz vzorcev ali diskurzov – ne obstaja samo en splošen sistem pomenov, kot na primer v Saussurjevem strukturalizmu, temveč niz sistemov oziroma diskurzov, pri čemer se pomeni spreminjajo od diskurza do diskurza.
- 3) Diskurzivni vzorci se vzdržujejo in spreminjajo v diskurzivnih praksah.
- 4) Njihovo vzdrževanje in spreminjanje je treba analizirati glede na specifičen kontekst, v katerem jezik deluje.

V tem kontekstu so nas zanimali predvsem novinarski diskurzi, ki imajo nekatere zelo specifične jezikovne značilnosti ter posebne metode produkcije in konsumpcije besedil ter ki so opredeljeni z določenimi razmerji do družbenih idej in institucij. Te značilnosti so medsebojno tesno prepletajo in jih je zato včasih težko razvozlati (Richardson 2007, 1). Richardson (2007, 1) namreč meni, da sta iskanje virov in zgradba novic tesno povezana z ukrepi in mnenji (zlasti močnih) družbenih skupin. Nadalje trdi, da je nemogoče izbrati in sestaviti novice brez določitve ciljnega občinstva. Bobnič in Vezovnik (2013, 39) dodajata, da izjave, izrečene znotraj novinarskega diskurzivnega polja, niso ločene od preostalih izjav, izrečenih na drugih diskurzivnih poljih. Ker pa se diskurz vzpostavi tako skozi lastna diskurzivna pravila kot v razmerju do nediskurzivnega, moramo pri analizi novinarskega diskurza upoštevati tudi specifičnost novinarskega sporočanja. Poudariti je treba, da izvor diskurza ni posamičen novinar kot avtor kot tudi ne ideološki kontekst delovanja nekega partikularnega medija. To pa ne pomeni, da sta novinar kot avtor in ideološki kontekst nepomembna, temveč sta »operativna znotraj diskurzivne realnosti novinarskega sporočanja, ki se proizvaja z elementi novinarske produkcije kot novinarske mitologije« (Bobnič in Vezovnik 2013, 39).

5.2 Opredelitev koncepta diskurz

Diskurz je »izmuzljiv pojem«, ki ga je nemogoče določiti samo z eno opredelitvijo. »Diskurz lahko pojmuje kot razširjeno pojmovanje izražanja skozi govor ali pisavo, lahko pomeni pisano ali govorjeno obliko komuniciranja, formalno razpravo, verbalno izmenjavo mnenj na

določeno temo, lahko je jezikovna enota, večja od stavka, ali jezikovni kod, s pomočjo katerega se izražamo in sporazumevamo, in še bi lahko naštevali.« (Vezovnik 2009, 10–11) Podana opredelitev diskurza je le ena izmed množice, saj ne obstaja ena in enotna opredelitev. Vendar pa Vezovnik (2009, 10) postavlja v ospredje dve opredelitvi diskurza: »realistično« in »relativistično«. »Za prvo je diskurz eden izmed družbenih objektov, ki je v stalnem odnosu z drugimi družbenimi objekti (državo, politiko, ekonomskimi procesi, institucijami itd.), za drugo pa so vsi družbeni objekti diskurzivni, saj ima zanje diskurz skorajda transcendentalen pomen. V tem smislu diskurzi konstituirajo simbolni sistem in družbeni red hkrati (Vezovnik 2009, 10). Kamin (2006, 18) dodaja, da so diskurzi neke vrste filtri, saj so lahko vključevalni in izključevalni. »Določajo namreč, kaj se sme reči ali razmišljati in storiti glede določene pojavnosti, kako se to sme ali ne sme reči, razmišljati ali storiti.« (Kamin 2006, 18)

Jaworski in Coupland (2006, 3) opredelita diskurz kot »rabo jezika v odnosu do družbenih, političnih in kulturnih oblik – diskurz je jezik, ki odraža družbeni red, ter hkrati jezik, ki oblikuje družbeni red in posameznikovo interakcijo z družbo«. Kos (1994, 56) dodaja, da je jezik po svojem obstoju dvoplasten, saj je sestavljen iz: a) akustične podobe, ki je praviloma nekaj fenomenalnega, bodisi jo slišimo kot zvočen pojav ali pa zaznavamo vidno v obliki grafičnega zapisa, in b) pomenske plati, ki je kvazifenomenalna, kar pomeni, da si jo lahko umišljamo v obliki »notranje« predstave ali misli. Tudi Kamin (2006, 18) se strinja, da je jezik pomemben element diskurza. Dodaja, da se pristopi k obravnavi diskurza delijo na bolj jezikoslovne in tiste, ki diskurz razumejo kot družbeno rabo jezika. »V tem primeru gre za omejeno celoto védenja in načinov njegove rabe, poseben, prepoznan način pojmovanja pojavov, njihovega osmišljanja prek besed, podob in odnosov med njimi.« (Kamin 2006, 18) Za Foucaulta (2008, 9) je diskurz imanentno povezan z idejo oblasti, saj se »diskurz na videz izdaja za nekaj malenkostnega, a prepovedi, ki ga zadenejo, odkrijejo zelo zgodaj, zelo hitro njegovo zvezo z željo in oblastjo«. Skratka, »diskurz ni le to, kar kaže ali skriva željo, tudi sam je predmet želje« in »diskurz – kar nas neprestano uči zgodovina – ni enostavno le to, kar prevaja boje ali sisteme dominacije, ampak se zanj in z njim bojujemo, je oblast, ki se je želimo polastiti« (Foucault 2008, 9). Tudi Kamin (2006, 18) je mnenja, da so diskurzi neločljivo povezani z interesi posameznikov in družbenih skupin, ki razpolagajo z znanjem, vedenjem in imajo moč, da to védenje širijo in utrjujejo. Lupton (2006, 12) dodaja, da je védenje v dialektičnem odnosu do realnosti: hkrati konstituira realnost in je konstruirano od realnosti. Ta prepletenost ter načini soustvarjanja in vzdrževanja krogotoka védenja nevtralizirajo in naturalizirajo »resnice« v smislu, da védenje pridobiva status zdrave pameti (angl. common sense). Ta pa je bistvena za

vzpostavljanje in vzdrževanje družbe in kulture oziroma družbenih odnosov moči, pa naj gre za odnose med moškim in žensko, staršem in otrokom, prodajalcem in kupcem, državo in državljanom, pacientom in zdravnikom, zdravnikom in zdravilcem, podjetjem in državo ipd. (Lupton 2006, 12). Kamin (2006, 19) dodaja, da diskurzi predpostavljajo okvire zvez in odnosov med posamezniki samimi ter med njimi in institucijami. Posredujejo nam na primer predstave o tem, kakšen je normalen odnos med zdravnikom in bolnikom, kako se morata v tej zvezi obnašati, kdo ima kakšna pooblastila ter kakšni so kodi njunega komuniciranja. Številni kodi so sicer postali samoumevni, kar pa ne pomeni nujno, da so stabilni. Kamin (2006, 19) meni, da so »diskurzi nenehno na prepihu oziroma da so diskurzivno izzivni«.

Po besedah Howartha (2000, 9) se pojem diskurz nanaša na zgodovinsko specifičen sistem pomenov, ki oblikuje identitete subjektov in objektov. Na nižji stopnji abstrakcije diskurzi označujejo konkretne sisteme družbenih odnosov in praks, ki so brezpogojno politični. Prav tako je tudi njihov nastanek dejanje radikalne institucije, ki vključuje gradnjo antagonizmov in risanje političnih mej med »insiderji« in »outsiderji«. Dodaja, da družbena dejanja konstruirajo in izpodbijajo diskurze, ki tvorijo družbeno realnost. Te prakse so možne, ker so sistemi pomenov pogojni in ne morejo nikoli popolnoma izčrpati družbenega področja pomenov. Vsi objekti so lahko predmet diskurza, saj je njihov pomen odvisen od družbeno konstruiranega sistema pravil. To pojasni na primeru gozda, ki mu v danem kontekstu lahko pripisujemo različne pomene. Gozd je tako lahko objekt naravne lepote, ovira pri gradnji avtoceste ali edinstven ekosistem (Howarth 2000, 8).

5.2.1 Diskurzi o evtanaziji

V nadaljevanju so podani diskurzi, ki se konstruirajo okrog evtanazije. Sekundarna analiza tujih in domačih virov je pokazala, da se v povezavi z evtanazijo najpogosteje pojavljajo moralistični, religijski, medicinski in pravni diskurz. Na podlagi pregleda literature izpostavljam podobnosti med omenjenimi diskurzi, kar se kaže skozi istost argumentov proti evtanaziji. Pri vseh je poudarek na načelu nedotakljivosti človekovega življenja, kar pomeni, da nihče ne sme razpolagati z življenjem drugega človeka. To je zapisano tudi v pravnih aktih, medicinskih kodeksih, svetih knjigah in drugih predpisih oziroma zapovedih. Naj poudarimo, da med omenjenimi diskurzi prihaja do bistvenih razlik, ki jih bomo predstavili v tem vsebinskem sklopu.

5.2.1.1 Religijski diskurz

O dilemah, ki so povezane z začetkom in koncem življenja, se že od nekdaj pogosto razpravlja. Problematika evtanazije se pogosto umešča v kontekst religijske interpretacije sveta, saj se nanaša na prepoved ubijanja, ki je temelj sodobne civilizacije. V nadaljevanju sledi primerjava med diskurzi o evtanaziji v naukih največjih svetovnih religij: krščanstvu, islamu in hinduizmu.

Kot že omenjeno, je svetost življenja skupni imenoalec vseh obravnavanih religij, vendar pa zgolj krščanstvo obravnava življenje kot absolutno vrednoto in ne dopušča končanja življenja v nobenih okoliščinah. Odnos krščanstva do različnih bioetičnih vprašanj sodobne družbe je podan v Evangeliju življenja¹⁴, ki predstavlja temelj krščanske etike. Evangelij življenja obsoja evtanazijo in druge oblike kršenja nedotakljivosti človeškega življenja. Človeško življenje je božji dar, je sveto in nedotakljivo. Nihče nima pravice nikomur vzeti življenja, nasprotno, življenje mora biti zaščiteno z ljubečo skrbjo. Evtanazija torej predstavlja hudo kršitev božjih zakonov, saj je nemoralno in nesprejemljivo vzeti življenje drugi osebi. Evangelij življenja opozori tudi na pasti evtanazije. Čeprav naj bi bilo glavno vodilo za evtanazijo (neutemeljeno) usmiljenje, ki ga sproži trpljenje pacienta, evtanazijo v nekaterih primerih vodijo utilitarni motivi po zmanjšanju stroškov. To se manifestira pri zahtevah po evtanaziji težkih invalidov, otrok s hudimi deformacijami in starejših, zlasti neozdravljivo bolnih, ki so odvisnih od drugih. Kot problematične se kažejo predvsem prikrite oblike evtanazije: ko se na primer zaradi povečane potrebe po organih za presaditev ne upoštevajo objektivna in ustrezna merila, ki potrjujejo smrt darovalca (La Santa Sede 2017).

Sodobne družbe so pretirano obsedene z učinkovitostjo in vedno večje število starejših in invalidnih oseb tako postaja tako imenovano breme. Družba in tudi družina izolirata take osebe. Opozoriti je treba, da danes prevladuje prepričanje, da je življenje vredno in cenjeno samo takrat, ko prinaša zadovoljstvo in dobro počutje. Trpljenje se zdi kot korak nazaj, kot nekaj, kar je treba na vsak način odpraviti. Evtanazija je dejanje, ki samo po sebi povzroči smrt, da bi se izognili trpljenju. Pri tem ne gre za pomoč bolnemu ali umirajočemu, temveč za namerni uboj človeka. Niti samomor s pomočjo ne more v nobenem primeru biti upravičen, četudi je izveden na zahtevo iz nesebičnih razlogov in je oseba neozdravljivo bolna in neznosno trpi. Smrt se

¹⁴ V originalu *Evangelium Vitae*; napisal ga je papež Janez Pavel II. leta 1995.

razume kot »nesmiselna«, če se zgodi nenadoma in osebi, pred katero bi bila lepa prihodnost. Na drugi strani pa se zdi smrt kot »prava osvoboditev«, ko življenje ne bi bilo več smiselno, saj bi bilo zaznamovano z bolečino in obsojeno na neznosno trpljenje. V tem kontekstu raste skušnjava zatekanja k evtanaziji. Človek torej zmotno misli, da lahko nadzoruje in upravlja svoje življenje in smrt na ta način, da vzame to odločitev v svoje roke. Slednje se manifestira v širjenju prikrite ali odkrite evtanazije ali celo v njeni legalizaciji.

Evangelij življenja označi evtanazijo kot »izprijeno usmiljenje«. Pravo usmiljenje ni v tem, da se s smrtjo odreši osebo, ki trpi, temveč da se ji nudi oporo in ustrezno nego, ki jo lahko nudijo svojci ali zdravstveno osebje (La Santa Sede 2017; Štupnikar 2004, 568).

Priča smo hitremu razvoju znanosti, predvsem vedno novim oblikam raziskovanja človeka. Medicina in njene vedno naprednejše tehnike omogočajo zdravljenje bolezni, ki so bile pred časom še neozdravljive. Prav tako nove tehnike ne lajšajo samo trpljenja, temveč tudi ohranjajo in podaljšujejo življenje (na primer z aparati za umetno ohranjanje osebe pri življenju, tehnikami oživljanja, uporabo posebnih postopkov za pripravo organov za presaditev itd.). Krščanska doktrina zlasti obsoja neprostovoljno evtanazijo, torej ko druge osebe odločijo o smrti tretje osebe, ki si smrti ne želi. Drugače zapisano, ko zdravniki ali zakonodajci odločajo, kdo naj živi in kdo naj umre. Štupnikar (2004, 568) opozarja, da zdravniki in zdravstveno osebje ne smejo izvajati nikakršne evtanazije, tudi na zahtevo ali prošnjo bolnika ne. Prošnje hudo bolnih, ki želijo in prosijo za smrt, so navadno klic po človeški bližini in solidarni pomoči. Iz tega izhaja, da evtanazija predstavlja »smrt prave svobode« in se kaže kot manifest absolutne moči nad drugimi in proti drugim (La Santa Sede 2017; Štupnikar 2004, 568).

Izpostaviti je treba tudi Listino zdravstvenih delavcev, v kateri Papeški svet za pastoralo zdravstvenih delavcev daje etične smernice za ravnanje z bolniki. Poudarjajo, da je človeka treba spoštovati in braniti njegovo nedotakljivost od spočetja do naravne smrti. Življenje je sveto in zdravstvena dejavnost mora storiti vse, da ga varuje. Vendar pa na drugi strani nimajo pravice do odločanja o posameznikovem življenju; te pravice nima niti bolnik sam. Umreti z dostojanstvom pomeni pravico doživeti naravno smrt. Danes bežimo pred smrtjo. Sodobno zdravstvo namreč razpolaga s sredstvi, ki umetno odložijo čas smrti, ne da bi umirajoči imel od tega koristi – življenje se podaljšuje z mučnim trpljenjem. Zdravnik se odloča glede na stvarno stanje bolnika, kar pa ne pomeni, da mora vedno izbrati vsa možna sredstva. Lajšanju bolečin z uporabo analgetikov se ne nasprotuje, vendar pa njihove uporabe na noben način ne moremo

razumeti kot namerno krajšanje življenja oziroma evtanazijo. Skratka, nič in nihče ne more dovoliti umora nedolžnega človeškega bitja, prav tako nihče nima pravice tega zahtevati zase od drugih (Štupnikar 2004, 563–568).

V muslimanskih državah zakoni in predpisi (ki se navezujejo na temo evtanazije) temeljijo na islamskem šeriatskem pravu. Šeriatsko pravo izhaja iz štirih glavnih virov, ki so: 1) Koran ali sveta knjiga islama, 2) Sunnah ali prerokova dejanja, 3) Ijma ali konsenz učenjakov in 4) Aghl ali razlog. Glede na interpretacijo Korana islamsko pravo ne priznava pravice do smrti. V skladu z islamskim naukom je življenje božji dar in zato ne sme biti končano z nobeno obliko aktivne ali pasivne intervencije, četudi je ta prostovoljna. Vsi islamski učenjaki so enotnega mnenja o aktivni evtanaziji in jo prepovedujejo. Enako stališče zavzemajo tudi sunitski in šiitski učenjaki. Vendar pa na drugi strani obstajata primera, ki ju lahko razumemo kot pasivno pomoč pri umiranju neozdravljivo bolnih in ki ju islamska zakonodaja dovoljuje: 1) uporaba analgetikov z namenom lajšanja bolečin ali duševne stiske, ki lahko skrajšajo bolnikovo življenje, in 2) prekinitev nesmiselnega zdravljenja s privolitvijo ožjih družinskih članov po strokovnem posvetu s pristojnim zdravnikom. Prav tako je v primeru možganske smrti, ko so izpolnjeni medicinski kriteriji, ob posvetovanju dovoljeno izklopiti aparate, ki osebo umetno vzdržujejo pri življenju. To je običajna praksa v nekaterih muslimanskih državah, ki nato organe in tkiva teh oseb uporabijo za presaditev in na ta način rešijo življenje drugi osebi. Na tem mestu pa je treba poudariti, da šeriatsko pravo razume uboj dementne osebe v zadnjem stadiju bolezni, ki ni ne nevrolško in ne kardiološko mrtva, kot nedopusten, četudi je oseba v terminalni fazi življenja in ima neozdravljivo bolezen. Nasprotno pa zagovarjajo, da se zaščiti dostojanstvo takih oseb in se jih oskrbuje s hrano in zdravili vse do njihove naravne smrti. Skratka, v skladu z islamskim naukom je vsako življenje sveto in se ga ne sme nikomur vzeti (Kiarash in Shadi 2007, 65–66).

Nasprotno od krščanstva in islama hinduizem zavzema nekoliko manj odklonilno stališče do evtanazije. Naj najprej izpostavimo splošen odnos do samomora, pri čemer ima pomembno vlogo namernost. Prostovoljni samomor iz sebičnih razlogov (npr. zaradi finančnih motivov) je nesprejemljiv. Posledično je oseba, ki naredi samomor iz sebičnih razlogov, kaznovana po zakonu karme, kar pomeni, da je osvoboditev njene duše ovirana. Kot »dobra smrt« je razumljena samo »duhovna smrt«. Posamezniki morajo biti v stanju miru in ravnovesja. To naj ne bi bilo ogroženo v primeru aktivne evtanazije. Vendar pa kljub temu številni avtorji nasprotujejo pasivni evtanaziji, saj menijo, da je spiritualna smrt možna samo, ko se duša po

svoji volji odloči zapustiti telo. V Indiji, kjer živi večina pripadnikov hinduizma, je evtanazija obravnavana kot zločin. Prav tako je po Kazenskem zakoniku kaznovan poskus samomora ali pomoč pri samomoru. Izjemni primer so možgansko mrtve osebe, ki jim lahko družinski člani odtujijo sredstva, ki jih ohranjajo pri življenju. Indijski medicinski odbor označuje kakršnokoli obliko izvajanja evtanazije kot neetično. Razen v izjemnih primerih, kot je primer možganske smrti, se skupina zdravnikov posvetuje o izklopu aparatov, ki osebo umetno vzdržujejo pri življenju. Poudariti je treba, da razvoj medicine, med drugim uvedba aparatov, ki podaljšujejo življenje osebam v terminalnem stadiju, odpira nova vprašanja in dileme glede praks ob koncu življenja (Sinha in drugi 2012, 181–182).

5.2.1.2 Moralistični diskurz

Izkazalo se je, da ni enostavno razlikovati med religijskim in moralističnim diskurzom o evtanaziji. Skupno izhodišče obeh je spoštovanje človekovega življenja kot temelja civilizacije, glavna razlika pa je v tem, da ima v krščanskem diskurzu človekovo življenje absolutno vrednost in ga je treba vedno spoštovati. Krščanski diskurz med drugim nasprotuje smrti iz usmiljenja, o katerem je govora v Evangeliju življenja in kjer je evtanazija poimenovana kot »izprijeno usmiljenje« (La Santa Sede 2017). Skratka, krščanski diskurz strogo zavrača vsakršno obliko evtanazije, četudi bi bila na zahtevo ali prošnjo bolnika. Po islamskem in hindujskem nauku je sicer dovoljena prekinitev nesmiselnega zdravljenja, vendar samo v posebnih okoliščinah. V ospredju moralističnega diskurza je človekovo življenje kot vrednota, na kateri temelji človeška civilizacija, vendar pa jih zanima tudi kakovost življenja. Največ govora je tako okoli predčasnega končanja življenja pacientov, ki so v zadnji fazi življenja in ob tem neznosno trpijo. Naj poudarimo, da so se v odnosu do pojmovanja vrednosti človeškega življenja oblikovale različne filozofske teorije, med katerimi so ene bliže krščanskemu diskurzu, druge pa, nasprotno, izpostavljajo vprašanje kakovosti življenja in posledično menijo, da nekatera življenja niso »vredna življenja«, saj je okrnjeno človekovo dostojanstvo in se jih zato sme namerno končati, bodisi z dejanjem bodisi z opustitvijo (Keown 2002, 44). Tudi Klampfer (2010, 184) zagovarja stališče, da s pospešitvijo smrti neozdravljivo bolnih (v primerih, ko pacient da soglasje) ne moremo ogroziti človekovega dostojanstva vsaj pri naslednjih dveh kategorijah: 1) bolnikih, ki jih je nesreča ali bolezen enkrat za vselej oropala sposobnosti za razumno in avtonomno odločanje (predvsem tistih, ki trpijo neznosne bolečine), in 2) bolnikih, ki so zaradi bolezni ali nesreče nepovratno izgubili sposobnost za razumno in

avtonomno delovanje (med njimi zlasti trajno negibnih bolnikov in oseb v ireverzibilni komi). Klampfer (2010, 28–29) je uporabil kategoriji na smrt bolna oseba in trpljenje kot označevalca za upravičevanje prostovoljne evtanazije, ker je razvidno iz njegove trditve: »Zakaj naj bi bilo bolj narobe, če na smrt bolnega človeka na njegovo zahtevo neboleče ubijemo, kakor če proti njegovi izrecni volji pustimo, da v mukah umre.« Iz tega izhaja, da je evtanazija v določenih izjemnih okoliščinah moralno dopustna oziroma sprejemljiva.

Kot že omenjeno, se življenjska doba podaljšuje in je vse več starostnikov, ki potrebujejo posebno nego. Starost se reprezentira kot obdobje povečane odvisnosti od drugih, tudi od profesionalne oskrbe, kar vodi do razumevanja, da sta evtanazija ali zdravniška pomoč pri samomoru način, kako se izogniti izgubi avtonomije in dostojanstva. Carolien in Williams (2015) sta uporabila kritično analizo diskurza pri analiziranju intervjujev¹⁵ s starejšimi v Veliki Britaniji, v katerih so odgovarjali na vprašanja o evtanaziji, zdravniški pomoči pri smrti in drugih praksah ob koncu življenja. Najprej sta izpostavila, da imajo intervjuvanci pomanjkljivo znanje o sami naravi omenjenih praks. Njuna glavna ugotovitev je bila, da je iz intervjujev na eni strani odseval »diskurz samostojnega odločanja«, vendar pa bi po drugi strani bili intervjuvanci pripravljeni sprejeti vlogo »pacienta« in prenesti svojo avtonomijo na »druge« (zdravnike in družino), za katere naj bi veljalo, da imajo več znanja, da bi jim ti svetovali – četudi bi jim predlagali pospešitev procesa umiranja. Prav tako sta ugotovila, da bi intervjuvanci bili pripravljeni premisliti o možnosti evtanazije in zdravniški pomoči pri samomoru z namenom, da bi se izognili staranju, neakovostni oskrbi in navsezadnje temu, da bi postali breme drugim in družbi (Carolien in Williams 2015).

5.2.1.3 Pravni diskurz

Po slovenskem pravu evtanazija predstavlja kršenje osnovnih človekovih pravic, saj posega v človekovo pravico do življenja oziroma njegove nedotakljivosti. O zakonski ureditvi evtanazije v slovenskem prostoru je bilo govora v teoretičnem delu magistrskega dela. V nadaljevanju pa bo predstavljeno, kako so potekali prvi pogovori o uzakonitvi evtanazije, o tem, kaj bo dovoljeno in kaj ne, ter s katerimi ovirami so se ob tem soočali. Navsezadnje se bomo dotaknila

¹⁵ V vzorec je bilo vključenih sedem starejših oseb, starih nad 65 let, ki v času intervjuja niso imele potrjene nobene diagnoze neozdravljive kronične bolezni ali drugih fizičnih zdravstvenih problemov.

tudi (nepredvidenih) posledic legalizacije evtanazije in s tem povezanega koncepta »spolzke strmine« (»slippery slope«).

Če pogledamo prve razprave o evtanaziji na Nizozemskem v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja, vidimo, da je bilo najprej govora, da bo evtanazija omejena zgolj na manjše število terminalno bolnih pacientov, ki trpijo neznosne bolečine, in da bo ta praksa ponujena samo kot zadnja možnost. Vendar pa do danes zakon o evtanaziji niti na Nizozemskem niti v Belgiji ni omejil evtanazije zgolj na osebe z neozdravljivo boleznijo (Pereira 2011, 41). Povečana toleranca do kršitev v družbah z uzakonjeno evtanazijo predstavlja »spolzko strmino«. O konceptu »spolzke strmine« govorimo takrat, kadar na primer eni izjemi v zakonu sledi še več izjem, dokler ni dosežena točka, da so sprejete vse izjeme, ki so na začetku bile videne kot nesprejemljive. Če bi torej sprejetje ene oblike evtanazije vodilo do sprejetja druge, še manj sprejemljive. Do omenjenega je namreč prišlo na Nizozemskem, kjer so začetni legalizaciji evtanazije sledile še druge spremembe zakonov in drugih kriterijev. Čeprav je bil prvoten namen, da se evtanazija in zdravniška pomoč pri samomoru omejita na majhno število neozdravljivo bolnih, so nekatere zakonodaje razširile prakso na novorojenčke, otroke in ljudi z demenco. Problematično je postalo, da terminalna bolezen ni več predpogoj za izvršitev evtanazije. Na Nizozemskem se je praksa evtanazije premaknila iz evtanazije terminalno bolnih do kronično bolnih, od fizične bolezni do duševnih bolezni, od duševnih bolezni do psiholoških travm. Sedaj so šli še dlje in razmišljajo celo o možnosti evtanazije za osebe, starejše od 70 let, ki so zgolj »naveličane življenja«. Legalizacija tako evtanazije kot zdravniške pomoči pri samomoru bi lahko ogrozila številne ljudi in spremenila vrednote družbe v daljšem časovnem obdobju (Pereira 2011, 38–43).

Green-Pedersen (2007, 274) podrobneje opiše, kako je evtanazija na Nizozemskem postopoma dobivala politično zanimanje in kako je to vodilo do njene legalizacije. Javnost se je začela zanimati za problematiko evtanazije v zgodnjih sedemdesetih letih dvajsetega stoletja, in sicer po tem, ko je zdravnica končala življenje svoje matere. Ta primer je bil povod za nastanek interesne skupine, imenovane Nizozemska zveza za prostovoljno evtanazijo, ki se je zavzemala za legalizacijo evtanazije. Tematika evtanazije je vzbudila zanimanje poslancev in tako so jo leta 1977 nekatere politične stranke že vključile v svoje volilne programe. Prva parlamentarna pobuda je prišla leta 1978, ko je velika večina poslancev podprla predlog, ki je predlagal vladi ustanovitev državne komisije za evtanazijo. Nizozemska vlada je za nasvet zaprosila Zdravstveni svet, ki je v svojem poročilu navedel, da končanje zdravljenja, kjer gre zgolj za

podaljševanje življenja, ni evtanazija, temveč normalna medicinska praksa. Nato so sledile nekajletne razprave, na oblasti so se menjavale stranke, ki so bile bolj ali manj naklonjene evtanaziji. Med letoma 1982 in 1994 je postala evtanazija glavna politična tema. Po volitvah leta 1994 je bila prvič oblikovana vlada brez Krščanske demokratske stranke in tako se je ponovno začela široka razprava. Odločilno je bilo leto 1999, ko je bila predlagana sprememba kazenskega zakonika v smeri dekriminizacije evtanazije, ki je bila sprejeta leta 2001 (Green-Pedersen 2007, 279–282).

Podobnosti iz Nizozemskega primera lahko povežemo s situacijo v Sloveniji. Tudi tu je bil ključen dejavnik primer (suma) evtanazije na Nevrološki kliniki v Ljubljani, ki je bil medijsko precej odmeven. Kot poudarja Kamin (2006, 121), imajo množični mediji velik vpliv na določanje družbene realnosti. Od načina prisotnosti oziroma dinamike določene zdravstvene teme v medijih naj bi bila tudi odvisna pomembnost mesta te teme v družbeni realnosti za posameznika in družbo (Kamin 2006, 121). Posledično je bila dober mesec po medijskem razkritju, 4. februarja 2015, sklicana izredna seja Državnega zbora Republike Slovenije, torej prva politična razprava o evtanaziji v Sloveniji. Poudariti je treba, da prvič debata o evtanaziji ni potekala zgolj v zdravniških krogih, temveč je vključevala tudi filozofe, pravnike, teologe itd. Na seji so se namreč sestali: člani Odbora za zdravstvo, člani Komisije za peticije ter človekove pravice in enake možnosti, določeni poslanci, predsednik Zdravniškega društva, predsednik Zdravniške zbornice, predsednik Komisije za medicinsko etiko, vodja Centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo Splošne bolnišnice Jesenice dr. Mateja Lopuh, predsednik Komisije Pravičnost in mir pri SŠK profesor dr. Igor Pribac iz Filozofske fakultete Ljubljana, profesor dr. Friderik Klampfer iz Filozofske fakultete Maribor, nekdanji katoliški duhovnih in predavatelj Teološke fakultete v Ljubljani dr. Anton Mlinar ter drugi povabljeni gosti. Na dnevnem redu so obravnavali točko: »Pravica do življenja in odločanja o življenju, smrt in dostojna smrt«. Predlagatelji so predlagali razpravo o uvedbi prostovoljne aktivne evtanazije. Seja torej ni bila namenjena odločanju o legalizaciji evtanazije ali o konkretnih primerih, temveč zgolj razpravljanju o evtanaziji. Če strnemo, predstavniki medicinske stroke so enotno nasprotovali vsem oblikam evtanazije in kot rešitev predlagali več vlaganja v razvoj paliativne oskrbe. Nasprotno pa je bilo stališče oseb iz filozofske stroke, ki so predlagali temeljito, vključujočo, javno diskusijo na temo evtanazije in iskanje ustreznih zakonskih rešitev (Državni zbor Republike Slovenije 2015).

5.2.1.4 Medicinski diskurz

Tudi medicinska etika, ki sega vse do Hipokrata, se je oblikovala okoli človekovega življenja kot temeljne vrednote. Osnovno poslanstvo zdravnikov je ohranjanje življenja, lajšanje bolečin, neškodovanje pacientom in ravnanje v pacientovo največjo korist. Evtanazija je tako v nasprotju s temi glavnimi načeli, zato je v medicinskih kodeksih (npr. v Kodeksu medicinske deontologije Slovenije) nedovoljena.

Evtanazija in zdravniška pomoč pri samomoru sta bili dolgo časa prepovedani dejanji, saj kršita osnovni etični načeli zdravnikov, ki sta: neškodovanje pacientom in ravnanje v pacientovo največjo korist. Ti načeli sta zapisani tudi v Hipokratovi prisegi (Snyder 2001, 14). Ko je govora o evtanaziji ali pomoči pri samomoru, postanejo diskurzi o bolezni, umiranju in smrti domena zdravnikov. Zdravniki pri postavljanju diagnoze in terapije uporabljajo izključujoč jezik, ki je poln strokovnih in tujih terminov. Njihovo delo temelji na biomedicinskem modelu zdravja, usmerjenem v bolezen oziroma izogibanje nastanka bolezni (Lamers in Williams 2015). Svetovno zdravniško združenje (»World Medical Association«) zagovarja načelo, da imajo vsi ljudje pravico do visokokakovostne, humane in s tehnologijo podprte zdravstvene oskrbe. Zato prejemanje primerne oskrbe ob koncu življenja ne sme biti privilegij, temveč pravica vseh, ne glede na starost ali druge dejavnike. Evtanazija in zdravniška pomoč pri samomoru sta v Beneški deklaraciji o neozdravljivih boleznih¹⁶, ki daje smernice za ravnanje s pacienti v terminalnem stadiju bolezni, opredeljeni kot »neetični dejanji« (WMA 2017). Kot tako jo Svetovno zdravniško združenje opredeli tudi v Deklaraciji o evtanaziji¹⁷, ko navaja: »Evtanazija, ki je dejanje namernega končanja bolnikovega življenja, četudi na bolnikovo lastno zahtevo ali na zahtevo bližnjih sorodnikov, je neetična. To ne preprečuje zdravniku, da ne bi spoštoval bolnikove želje po naravnem procesu smrti v zadnjem obdobju bolezni.« (WMA 2017) Svetovno zdravniško združenje zgoraj napisano ponovno podpira in dopolni v Deklaraciji o zdravniški oskrbi ob koncu življenja¹⁸. V njej poudari pomen paliativne oskrbe ob koncu življenja. V ospredju je zlasti doseganje najboljše možne kakovosti življenja z lajšanjem bolečin in spremljanjem čustvenih, duhovnih in socialnih potreb pacientov. Smernice prav tako določajo, da se paliativna oskrba lahko izvaja tako na domu pacientov kot v različnih

¹⁶ WMA Declaration of Venice on Terminal Illness. Sprejeta je bila na skupščini Svetovnega zdravniškega združenja leta 1983 v Benetkah (Italija).

¹⁷ WMA Declaration on Euthanasia. Sprejeta je bila na skupščini Svetovnega zdravniškega združenja leta 1987 v Madridu (Španija).

¹⁸ WMA Declaration on End-of-Life Medical Care. Sprejeta je bila na skupščini Svetovnega zdravniškega združenja leta 2011 v Montevideu (Urugvaj).

zdravstvenih ustanovah. Deklaraciji o zdravniški oskrbi ob koncu življenja poudarja, da mora biti zdravnikov odnos do pacienta sočuten, human in spoštljiv. Predvsem pa opustitev oskrbe takega bolnika predstavlja »nesprejemljivo medicinsko prakso« (WMA 2017).

Vendar pa nekateri menijo, da je Hipokratova prisega prilagodljiva in dopušča prostor za interpretacije. Že dolgo velja dogovor, da je prekinitev zdravljenja pacientov z neozdravljivo boleznijo v zadnji fazi življenja sprejemljiva in etična. Pacienti imajo namreč pravico odkloniti vse medicinske posege, vključno z umetnim ohranjanjem pri življenju (Snyder 2001, 14). Snyder (2001, 14) nadalje meni, da ti pravici temeljita na tehtanju med pacientovo avtonomijo na eni strani in interesi družbe na drugi, ter ob tem izpostavi, da to ni »pravica do smrti«. Gre za zaščito interesov posameznikov v telesni integriteti, ne v smislu, da se nekaj naredi, temveč da se ne naredi oziroma da se jih pusti pri miru. Snyder (2001, 15) poudarja, da je prekinitev ali opustitev zdravljenja, če je v skladu z interesi bolnikov, etična, zakonita in se klinično razlikuje od evtanazije. Tudi Flis (1995, 162) ocenjuje, da se je načelo, da je bolnikova korist zdravniku najvišji zakon (*Salus aegroti suprema lex*), v celoti umaknilo paradigmi: bolnikova volja je najvišji zakon. Vendar pa zdravnik ni dolžan uslišati vsake bolnikove prošnje. Evtanazija je primer, ko se bolnikove želje ne upošteva, saj je v nasprotju z zdravniškimi etičnimi kodeksi in zakonodajo. Na drugi strani pa se tudi v državah, kjer so evtanazijo uzakonili zdravniki, ne sme zahtevati, da evtanazirajo bolnika ali bolnico. Tudi zdravniki imajo možnost ugovora vesti, kar pomeni, da lahko, če je to dejanje v nasprotju z njihovim prepričanjem, tako zahtevo zavrnejo.

5.3 Reprezentacije evtanazije v slovenskih tiskanih medijih

Obravnavano delo temelji na analizi besedišča (besed, besednih zvez in stavkov) in bolj celostni analizi teksta. Po Vezovnik (2009, 117) je analiza besedišča prva stopnička pri analizi teksta oziroma diskurza, saj vsi tipi besed, še posebej samostalniki, pridevniki, glagoli in prislovi, nosijo konotativne pomene, ki odražajo družbene vrednote in sodbe. Po Faircloughu (2003, 47) pa ni pomembno samo to, kar v tekstu je, temveč tudi tisto, česar v tekstu ni. Nadalje navaja, da je pri tvorjenju pomena bistveno dvojje: to, kar je eksplicitno v tekstu, in to, kar je implicitno – kar se domneva (2003, 11). Namen magistrskega dela je bil raziskati implicitne pomene novinarskih tekstov. S pomočjo kritične analize diskurza smo skušali odgovoriti na

raziskovalno vprašanje magistrskega dela, ki se glasi: *Kakšni so diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih?*

5.3.1 Opis vzorca in enot analize

V analizo so bila vključena besedila¹⁹, ki govorijo o domnevnem primeru evtanazije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana oziroma so posredno ali neposredno naslavljala problem evtanazije. Lotili smo se analize člankov v interpretativnih oziroma mnenjskih zvrsteh (kolumna, komentar, editorial, glosa itd.) v izbranih slovenskih tiskanih medijih. V vzorec so zajeti prvi trije dnevnik, ki so imeli v obdobju od januarja do marca 2015 največjo tiskano naklado. Po podatkih projekta Revidirane prodane naklade, ki poteka pod okriljem Slovenske oglaševalske zbornice, so to bili dnevnik Slovenske novice s 73.784 tiskanimi izvodi od ponedeljka do sobote (ob nedeljah²⁰ še dodatno 33.624 izvodov), sledila sta časopis Delo z 38.499 in Dnevnik z 29.716 tiskanimi izvodi od ponedeljka do sobote (SOZ 2017).

Teksti, ki smo jih v študiji analizirali, so bili objavljeni med 6. januarjem 2015 (ko je bila slovenska javnost obveščena o sumu neprostoVOLjne evtanazije na oddelku Nevrološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki naj bi se zgodila 16. decembra 2014, ko naj bi zdravnik nezavestnemu bolniku odredil zdravilo z namenom, da povzroči njegovo smrt) in 8. marcem 2015. V spodnji tabeli so prikazani prispevki o evtanaziji po posameznih časopisih ter glede na mesto in rubriko, kjer so bili objavljeni (glej tabelo 5.1). Vsem trem obravnavanim časopisom je skupno, da so o primeru evtanazije prvič poročali na naslovnici v obliki krajšega opisa, ki mu je nato sledil daljši članek na naslednji strani. V časopisu Slovenske novice so o primeru evtanazije na naslovnici sicer poročali samo enkrat, vendar so ji nato namenili kar dve celotni časopisni strani.

Tabela 5.1: Število prispevkov o evtanaziji v obravnavanih časopisih med 6. januarjem in 8. marcem 2015

	Delo	Dnevnik	Slovenske novice
	Število prispevkov		

¹⁹ Vsi članki, ki so bili vključeni v analizo, so za vpogled na voljo pri avtorici.

²⁰ Nedeljska izdaja Slovenskih novic se imenuje Nedeljske novice.

<i>Naslovnica in nato članek v časopisu</i>	10	6	1
<i>Samo na naslovnici</i>	1	1	0
<i>Aktualno</i>	4	0	1
<i>Kolumna</i>	4	4	3
<i>Komentar</i>	2	3	0
<i>Pisma bralcev</i>	6	3	0
<i>Intervju</i>	1	1	0
<i>Anketa</i> ²¹	1	0	0

5.3.2 Reprezentacija akterjev v medijskih tekstih

Nadalje nas je zanimalo, kdo so akterji, ki imajo dostop do medijev, v smislu, da v njih nastopajo oziroma da mediji reprezentirajo njihove izjave. Ule (2003, 39) namreč meni, da so dominantni diskurzi povezani z močnimi posamezniki ali močnimi družbenimi skupinami, ki jim pomagajo uresničevati njihove interese, saj oblikujejo načine reprezentacij pojavov tako, da to ustreza tem interesom. Machin in Mayr (2012, 104) navajata, da način, kako so predstavljeni akterji, pomembno vpliva na dožemanje akterjev, dogodkov in okoliščin. Od tega je odvisno, ali nas z njimi povežejo ali odtujijo od njih. Najprej nas je zanimalo, kako mediji reprezentirajo različne akterje (predvsem katere) in njihove izjave o evtanaziji. Med govorci o evtanaziji so prevladovali akterji iz medicinske stroke. Poimenovani so bili imensko in z nazivi oziroma funkcijo, ki jo opravljajo, kar ima, kot navajata Machin in Mayr (2012, 81), več namenov. Poimenovanje z imenom je bolj osebno, poimenovanje s funkcijo pa bolj formalno in da izjavi legitimnost in verodostojnost. V analiziranih tekstih so bili akterji v glavnem poimenovani z imenom in funkcijo (glej primere 2, 3, 16, 30). Določeni položaji so bolj cenjeni in s stopnjo v nazivu in položajem je povezan tudi nivo spoštovanja, ki so ga deležni (Machin in Mayr 2012, 82). Poglejmo na primeru nazive, s katerimi so v analiziranih besedilih označeni akterji iz medicinske stroke: predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, strokovni direktor Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana Ljubljana, strokovni direktor Nevrološke klinike v Ljubljani, predsednik Komisije za interni strokovni nadzor, predsednica Slovenskega združenja

²¹ Anketno vprašanje se je glasilo: »Ali bi morali tudi v Sloveniji dovoliti evtanazijo?« (Delo, 11. januar 2015, 6)

paliativne medicine, državna koordinatorica razvoja paliativne oskrbe, nekdanja predsednica Slovenskega društva Hospic, predsednik etične komisije Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, predsednik Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. V naslednjem primeru so poleg imena in naziva podani še dolg opis – funkcija, delovno mesto in avtorjeva dela: »Dr. Andraž Teršek je ustavnik, zaposlen kot univerzitetni učitelj na Univerzi na Primorskem, matično na Pedagoški fakulteti. Je tudi avtor člankov in urednik zbornikov o evtanaziji.« (Dnevnik, 10. januar 2015, 15)

Navsezadnje ne moremo mimo dejstva, da so določeni akterji izvzeti iz novinarskih prispevkov. Za Fairclougha (2003, 222) pri reprezentaciji akterjev ni ključnega pomena samo vprašanje, kateri akterji so vključeni v predstavitvah dogodkov, temveč tudi, kateri so izključeni. Vsem obravnavanim časopisom je skupno, da niso objavili nobene izjave sociologov oziroma sociologinj, svojcev neozdravljivo bolnih oseb, bolnikov, ki imajo neozdravljivo kronično bolezen ali oseb, ki so trenutno deležne paliativne nege. Presenetljivo so iz medijskega poročanja skoraj izvzeti akterji z religijskega področja. Zgolj v rubriki Nedelovih sedem, ko se je pojavilo vprašanje: »Ali bi morali tudi v Sloveniji dovoliti evtanazijo?«, je bil eden izmed anketirancev duhovnik (Delo, 11. januar 2015). Vendar pa je kljub nezastopanosti teologov v ozadju izjav moč zaznati sklicevanje na religijo in prepoved ubijanja.

Preden nadaljujemo, je treba pojasniti pojem intertekstualnost. Fairclough (2003, 47) ocenjuje, da v vsakem tekstu obstaja niz drugih prej obstoječih tekstov ali glasov, ki so potencialno relevantni in potencialno vključeni v tekst. Nadaljuje, da jih ni vedno enostavno identificirati, saj so lahko precej kompleksni, vendar pa so zato uporabna nekatera analitična orodja. Za začetek je pomembno vprašanje, kateri teksti in glasovi so vključeni ter kateri so izključeni, pri čemer Fairclough uporabi pojem »signifikantna odsotnost«. Dramatičnost se dosega tudi z eksplicitno intertekstualnostjo. Elementi določenega teksta so lahko prisotni v drugem tekstu v obliki prenesenega govora. Fairclough (2003, 49) govori o »neposrednem poročanju« in »posrednem poročanju«. O neposrednem poročanju govorimo, ko avtor članka uporabi dejanske besede v narekovajih – premi govor (glej primere 1–10, 14–18, 26, 29 in 30). Za posredni govor gre, ko avtor povzema vsebino tega, kar je bilo izrečeno, in ne uporabi dejanskih besed (glej primer 11). Prav tako Fairclough (v Vezovnik 2009, 128) omenja, da se neposredni diskurz oziroma poročanje uporablja: 1) ko je sekundarni diskurz pomemben, dramatičen ali prodoren, 2) ko je vir sekundarnega diskurza avtoriteta, 3) ko se novinar želi priključiti ali oddaljiti od sekundarnega diskurza in 4) ko je novici odmerjenega veliko prostora. Če

pogledamo naslov na naslovnici: »Nisem ubil bolnika« (Delo, 15. januar 2015, 1). Gre za primer neposrednega diskurza oziroma za navajanje citata v narekovajih, s čimer je dosežena večja dramatičnost. Čeprav v naslovu ni eksplicitno naveden akter, bralci in bralke lahko predpostavljajo, da je to izjava zdravnika Ivana Radana, ki je osumljen evtanazije, saj so tiskani mediji v obravnavanem obdobju o njem večkrat pisali. Podan je tudi njegov pogled na omenjeni dogodek. Očitano dejanje zanika. Vezovnik (2009, 117) piše, da se zanikanje pogosto uporablja za polemiziranje. Nikalni stavki namreč vsebujejo posebne tipe domnevanja in imajo intertekstualno naravo, torej vsebujejo elemente drugih tekstov zgolj zato, da jim oporekajo ali da jih zavrnejo. Poglejmo ponovno časopisni naslov, ki se glasi: »Nisem ubil bolnika« (Delo, 15. januar 2015, 1). V tem nikalnem stavku je skrita domneva, ki izhaja iz nekega drugega teksta in namiguje, da je zdravnik, ki je stavek izrekel, bolnika ubil. Uporaba besedne zveze »nisem ubil« deluje dramatično, manj senzacionalna bi bila beseda zveza »nisem evtanaziral«.

5.3.3 Kategorizacija medijskih reprezentacij o evtanaziji

Analiza predstavljenega gradiva je pokazala, da lahko teme, o katerih novinarji poročajo, razdelimo v pet kategorij: 1) svetost življenja, 2) zagovor paliativne nege, 3) razlikovanje evtanazije od prekinitve in opustitve zdravljenja, 4) sklicevanje na človekove pravice in 5) domneva tveganja zlorab.

5.3.3.1 Svetost življenja

Posebej nazorna je spodnja izjava (primer 1), ki poudarja negativno stališče medicinske stroke do aktivnega skrajšanja življenja. Gre za navajanje citata strokovnega direktorja Nevrološke klinike prof. dr. Davida B. Voduška v narekovajih – torej ponovno za eksplicitno intertekstualnost. Kot subjekt vedenja se vzpostavlja konzilij zdravnikov. Konzilij zdravnikov namreč določa, kdaj se sme odstopiti od aktivnih posegov v človekovo telo. Prav tako zdravniki upoštevajo navodila zdravniškega kodeksa, ki so jasna in ne dopuščajo drugačnih interpretacij. V tem se kaže ideološkost teksta, v smislu hegemonске pozicije medicine. Ule (2003, 275) navaja, da vodilno vlogo v ideologijah sodobnih družb prevzemata medicina in medikalizacija življenja. Zaznati je tudi redukcijo človeka na telo, kar je tudi lahko pomenljivo, na primer priča o instrumentalnem odnosu medicine do ljudi. Kot ugotavlja Kamin (2006, 24), se namreč o zdravju in bolezni, ne glede na analitičen in konceptualen pristop raziskovanja, praviloma

razpravlja s pomočjo odnosa do telesa oziroma človekove telesnosti. Ljudje postanejo telesa oziroma predmet obravnave. V spodjem primeru gre ponovno za nikalno obliko stavka, ki, kot že omenjeno, vsebuje posebne tipe domnevanja in ima intertekstualno naravo. V besedni zvezi »Nismo bogovi« je namreč skrita implicitna predpostavka, ki izhaja iz nekega drugega teksta in namiguje, da nekdo domneva, da so bogovi. Kot že navedeno, je za Fairclougha pomembno, kar je iz teksta izpuščeno. Posledica modalnosti (»ne sme priti do aktivnega skrajšanja življenja«) je namreč izguba akterja oziroma osebkaja dejanja. Ta moralni značaj (»v življenje ne smemo posegati«) izhaja iz ideje svetosti življenja, ki ga zagovarja krščanski diskurz.

(1) Navodila po zdravniškem kodeksu so jasna: od aktivnih posegov v človekovo telo se odstopi, ko ni več upanja. O tem odloča konzilij zdravnikov. Nikoli pa ne sme priti do aktivnega skrajšanja življenja. Nismo bogovi. V življenje ne smemo posegati. (Delo, 7. januar 2015, 2)

Ponovno je dramatičnost dosežena z eksplicitno intertekstualnostjo, pri čemer gre za očitni način, kako so elementi določenega teksta prisotni v drugem tekstu. Na ta način se poudari, da je vir sekundarnega diskurza avtoriteta, predstavljena z imenom in funkcijo (»prim. Andrej Možina, predsednik zdravniške zbornice«, in »strokovni direktor UKC prof. dr. Sergej«), kar poudari verodostojnost izjave. V obeh primerih se avtorja sklicujeta na uradne dokumente – na Kodeks medicinske deontologije Slovenije (primer 2) in posredno v primeru 3 (»v skladu z zdravniško etiko in doktrino«). Kot subjekt vedenja v primeru 3 nastopajo »visoko usposobljeni strokovnjaki«, kar deluje ideološko. Po Machin in Mayr (2012, 59–60) je treba pozornost nameniti tudi rabi glagolov, s katerimi avtor teksta citira ali povzema akterje. V primeru 2 avtor teksta v prvem stavku uporabi nevtralno glagolsko obliko, ki je običajna za medijske tekste, torej brez vrednotenja izrečenega (»je povedak«). V drugem stavku pa uporabi »metapropozicionalni« glagol (»ocenjuje«), kar pomeni, da gre za avtorjevo interpretacijo akterja. Prim. Andrej Možina primer evtanazije opiše kot »žalosten in skrb vzbujajoč primer«. Avtor teksta je to izjavo citiral v narekovajih, s čimer se je želel bodisi priključiti bodisi oddaljiti od sekundarnega diskurza ali poudariti dramatičnost izjave.

(2) 'Evtanazija je ena najhujših kršitev medicinske deontologije', je povedal prim. Andrej Možina, predsednik zdravniške zbornice, ki ocenjuje, da gre za 'žalosten in skrb vzbujajoč primer'. (Delo, 8. januar 2015, 1)

(3) Strokovni direktor UKC prof. dr. Sergej Hojker je imenoval šestčlansko komisijo za izvedbo internega strokovnega nadzora. 'Naloga komisije je, da razišče, ali je bil bolnik v zadnjem tednu

življenja obravnavan v skladu z zdravniško etiko in doktrino. Komisija je sestavljena iz visoko usposobljenih strokovnjakov, ki bodo to znali oceniti,' je povedal prof. Hojker (Delo, 7. januar 2015, 2).

Pomembna značilnost intertekstualnosti je predpostavka. Fairclough (2003, 55) meni, da so vse oblike druženja, skupnosti, solidarnosti odvisne od implicitnih pomenov, ki jih moramo predpostavljati in jemati za samoumevne. Nadalje ocenjuje, da nobena oblika družbene komunikacije ali interakcije ni možna brez skupnih pomenov. Vendar pa po drugi strani razume implicitnost kot sposobnost uveljavljanja družbene moči, prevlade in hegemonije. Vezovnik (2009, 117) dodaja, da implicitnost predpostavke krepi določeno pozicijo s tem, da fiksira eno diskurzivno pozicijo in izključuje druge. Fairclough (2003, 55–56) razlikuje tri osnovne tipe predpostavk: eksistencialne, predložne (angl. propositional assumptions) in vrednotne predpostavke. V spodnjem primeru (primer 4) se kaže vrednotna predpostavka, ki nam sporoča, kaj je dobro in zaželeno. Vrednotna predpostavka se kaže v besedi »pomagati« (»medicina je sposobna pomagati«). V tem se kaže ideološkost teksta, v smislu hegemonske pozicije medicine. Beseda medicina je personificirana. Medicina je abstrakten pojem in ne more pomagati, pomaga zdravstveno osebje – avtor teksta ni želel poimenovati vršilca ali pa ni pomemben. Direktor Onkološkega inštituta v Ljubljani Janez Remškar nakaže, da nasprotuje evtanaziji (»kar pa se tiče evtanazije, menim, da je razprava o tem danes odveč«). Uporabljen je glagol »menim«, kar Fairclough (2003, 182) poimenuje kot subjektivna modalnost, saj gre za pripoved v prvi osebi ednine in je uporabljen glagol, ki označuje mentalni proces. Prav tako je pomenljiva uporaba samostalnika »razprava« (primeri 4, 9, 18, 27). V tem primeru gre za primer nominalizacije, ali z drugimi besedami, reprezentacijo procesa kot samostalnika. Za Fairclougha (2003, 143–144) je nominalizacija sredstvo za posploševanje iz konkretnega na bolj abstraktno oziroma sredstvo prikrivanja odgovornosti za določena dejanja in njihove posledice. Ker nominalizacija izpušča akterje, se lahko utemeljeno vprašamo, ali je šlo za namerno izpuščanje osebka, torej neimenovanja akterjev, ki bi bili vključeni v razpravljanje. Specifikacije, v katerem časovnem obdobju, prav tako ni bilo. Tudi prehod iz življenja v smrt je personificiran, saj je označen kot »vreden človeka«. V smislu lajšanja omenja preprečevanje bolečin. Dopušča se namreč tako imenovano zdravljenje z dvojnim učinkom, katerega primarni namen je lajšanje neznosnih bolečin in ne povzročitev smrti, četudi lahko zaradi prevelikega odmerka smrt predčasno nastopi.

(4) Kar pa se tiče evtanazije, menim, da je razprava o tem danes odveč. Vsakemu človeku je danes medicina sposobna pomagati v smislu preprečevanja bolečin, dihalne stiske ali katerekoli druge težave. Medicina sicer ne more preprečiti strahu pred smrtjo, sposobna pa je poskrbeti za to, da je prehod iz življenja v smrt vreden človeka. (Slovenske novice, 30. januar 2015, 17)

V primeru 5 je uporabljen jezikovni mehanizem, ki pogloblja razliko med zdravniki, ki zdravijo in lajšajo trpljenje na eni strani, in zdravniki, ki »ubijajo« na drugi. Boštjan M. Zupančič, sodnik Evropskega sodišča za človekove pravice v Strasbourgu, se z rabo kazalnega zaimka »takim« distancira od zdravnikov, ki izvajajo evtanazijo. Prav tako je pomenljiva modalnost, ki se izraža z rabo modalnih glagolov, njihovim zanikanjem ali prek prislovov. Modalni glagoli so značilni za zvrst, v kateri avtor izraža svoje mnenje (Vezovnik 2009, 124). Fowler (v Vezovnik 2009, 124) navaja, da se modalnost izraža na štiri načine, in sicer kot: resnica, obligacija, dovoljenje in zaželenost. V spodnji izjavi (primer 5) zasledimo obligacijo, ki se po Vezovnik (2009, 124) izraža z zapovedmi ali normativnimi trditvami (»je *treba* kategorično povedati«), in zaželenost, ko govorec izraža nestrinjanje (»ne pa zato, da ubijajo«). Ponovno je uporabljen argument svetosti življenja, natančneje sklicevanje na prepoved »Ne ubijaj!« (»ne pa zato, da ubijajo«).

(5) / .../ Takim zdravnikom je treba kategorično povedati, da so tam zato, da zdravijo in lajšajo trpljenje. Ne pa zato, da ubijajo. (Delo, 13. januar 2015, 5)

Posebej nazoren je bil naslov medijskega teksta, v katerem se je v naslovu pojavila besedna zveza: »Ne ubijaj!« (Delo, 21. februar 2015). Šlo je za eksklamacijo ali vzklik, ki izraža čustveno razpoloženje (Fairclough 2003, 172). S tem je avtorica kolumne Milena Zupanič želela doseči dramatičnost.

5.3.3.2 Zagovor paliativne nege

Razprave o evtanaziji so hkrati odprle vprašanja urejenosti paliativne oskrbe v Sloveniji. Akterji v obravnavanih tekstih opozarjajo, da zaradi daljše življenjske dobe in naraščajočega števila kroničnih bolezni narašča potreba po ustrezno urejeni in organizirani paliativni oskrbi.

Iz izjave (primer 6) dr. Matjaža Zwitterja je bilo moč zaznati, da za »umirajoče, ki jih ni več smiselno zdraviti«, ni prostora v bolnišnicah. Beseda »bolnišnice« je personificirana. Bolnišnice ne zdravijo ljudi, temveč jih zdravijo zdravniki in zdravnice. V tem primeru je izpuščanje osebkov lahko pomenljivo. Prav tako gre za metonimijo, saj je bil akter zamenjan z

institucijo, za katero dela. Ker je to bila izjava zdravnika, bi bilo v nasprotju z medicinsko etiko, če bi izjavil, da zdravniki ne bodo prevzemali skrbi za umirajoče bolnike. Tudi beseda »umirajoči« je na nek način personificirana, saj je izpuščen osebek. Ob tem se poraja vprašanje, kdo je uvrščen v kategorijo »umirajoči« in kdo ima moč, da odloča, koga je smiselno zdraviti in koga ne. Prav tako je šlo za nikalno obliko stavka. Gre za predpostavko, izhajajočo iz neke prej obstoječe domneve, ki trdi, da bolnišnice skrbijo za umirajoče, ki jih ni več smiselno zdraviti. Gre za implicitno sporočilo, ki sporoča, da je ta skrb domena paliativne nege, torej zunaj bolnišnice, v za to namenjenih ustanovah ali na domovih umirajočih.

(6) 'Ne morete namreč pričakovati, da bodo skrb za umirajoče, ki jih ni smiselno več zdraviti, prevzemale bolnišnice z omejenim številom postelj,' pravi Zwitter. (Dnevnik, 8. januar 2015, 1)

Podobno kot v prejšnji izjavi se tudi v izjavi (primer 7) predsednika Komisije za medicinsko etiko Božidarja Voljča potrdi, da ne zagovarja zdravljenja umirajočih oseb, temveč je zanje namenjena paliativna nega, namenjena lajšanju bolečin in spremljanju do smrti. Pri tem navede argument, da se »porabi ogromno denarja v zadnjem mesecu pred smrtjo«. V tem primeru se utemeljeno vprašamo, koliko je »ogromno denarja«. Gre za primer, kjer je dejansko število zamenjala abstrakcija, zato se nanašajoč na Machin in Mayr (2012, 84) utemeljeno lahko vprašamo, kakšno je ideološko ozadje tega izpuščanja podatka. Prav tako je pomenljiva modalnost (»treba je uvesti«), kjer je zatajen akter. To vprašanje mora začeti reševati politika. Politika je personificirana – ponovno je pomenljiva reprezentacija akterja. Prav tako ne izvemo, kateri so ti neučinkoviti postopki in kdo postavlja kriterije, kdaj je zdravljenje neučinkovito.

(7) Zdaj se porabi ogromno denarja v zadnjem mesecu pred smrtjo za neučinkovite postopke. Treba je uvesti paliativno oskrbo, pri kateri bolniku lajšajo bolečine. To je vprašanje, ki ga mora začeti reševati politika. (Delo, 8. januar 2015, 4)

Pomenljiva je tudi raba besed bolnik in bolnica oziroma pacient in pacientka. Althusser (2000, 96) namreč meni, da vsaka ideologija interpelira individuum v subjekte. Za to vlogo je značilno, da sprejmejo vlogo podrejanja, da se prepoznajo, kaj so, in da se temu primerno tudi vedejo. Ideologije se lahko realizirajo v institucijah, v njihovih ritualih in praksah, torej v ideoloških aparatih države (Althusser 2000, 106–107). Tudi Kamin (2006, 17–18) poudarja, da sta bolezen in zdravje rezultat odnosa med telesnimi procesi in kulturnimi kategorijami oziroma rezultat odnosa med izkušnjo in njenim pomenom. Recimo, da je posamezniku postavljena zgodnja diagnoza bolezni. Posameznik je sicer biološko in fizično še ne doživlja, a kljub temu

kulturno in družbeno ni več zdrav, saj je že kategoriziran za bolnika. Glede na poznavanje družbenega konstrukta te bolezni lahko vnaprej podoživi svojo bolezen, ki določa njegovo novo vlogo v družbi. Lahko predvidi in vnaprej izkusi socialno-ekonomsko situacijo, v katero odhaja kot bolnik. Kot meni Kamin (2006, 19), diskurzi posredujejo predstave o tem, kakšen je normalen odnos med zdravnikom in bolnikom, kako se morata v tej zvezi obnašati, kdo ima kakšna pooblastila, kakšni so kodi njunega komuniciranja, ki so sicer postali samoumevni, kar pa ne pomeni, da so stabilni.

Kot kažejo naslednji primeri (primeri 8, 9, 10 in 21) analiziranih tekstov, je paliativna nega predstavljena kot nasprotni pol evtanaziji oziroma kot alternativa evtanaziji. To je razvidno iz izjave (primer 10) Tatjane Žargi, dolgoletne predsednice Slovenskega društva Hospic (»z ustreznim lajšanjem težav, namesto evtanazije«), in zdravnika Urha Grošlja (primer 9) (»ob dobro razviti in dosegljivi blažilni oskrbi postane evtanazija nepotrebna«). Kot subjekt vedenja v tem primeru nastopajo »strokovnjaki te veje medicine«, kar deluje ideološko. V tem primeru paliativna medicina določa kriterije, kdaj je neka praksa »nepotrebna«. Dr. Urh Grošelj v svoji izjavi sicer pove, da ob dobro razviti in dosegljivi paliativni oskrbi postane evtanazija nepotrebna, vendar nadaljuje, da je pravo vprašanje za javno razpravo predvsem to, kako razviti ustrezno paliativno oskrbo. Torej če je vprašanje za javno razpravo, kako razviti ustrezno paliativno oskrbo, to pomeni, da je (trenutna) paliativna oskrba neustrezna in je potemtakem evtanazija potrebna. Tudi novinarji so večkrat pisali o slabi razvitosti paliativne nege v Sloveniji, ob tem pa so povzemali akterje iz medicinske stroke, torej je bil vir sekundarnega diskurza avtoriteta (primer 11). Tudi Mateja Lopuh, državna koordinatorica razvoja paliativne oskrbe, meni (primer 8), da ob dobro razviti paliativni negi »ni zaslediti želje po prezgodnjem končanju življenja«. Ponovno gre za pomenljivo modalnost (»ni zaslediti«), kjer je izpuščen akter, in personifikacijo »življenja«, kjer je izpuščen človek. Pri tem se poraja vprašanje, na podlagi česa sklepa, da je ni zaslediti. A to konkretno pomeni, da noben pacient eksplicitno ne izreče zahteve po predčasnem končanju življenja? Iz izjave je razvidno, da so argumenti v prid paliativne nege moralnega izvora. Z besedo »prezgodnjem« implicitno nakaže idejo svetosti življenja, v katerega se ne sme posegati. Naj tem mestu je treba dodati, da ima lahko tudi lajšanje bolečin dvojni učinek. Čeprav je primarni namen lajšanje neznosnih bolečin, lahko pride do povzročitve predčasne smrti zaradi prevelikega odmerka.

(8) Pri dobro urejeni paliativni oskrbi, zgodnji prepoznavi simptomov, pravočasnemu lajšanju, zadostni psihosocialni in duhovni podpori pri bolnikih ni zaslediti želje po prezgodnjem končanju življenja. (Dnevnik, 8. januar 2015, 2)

(9) Ob dobro razviti in dosegljivi blažilni (paliativni) oskrbi postane evtanazija nepotrebna, saj je mogoče, po mnenju strokovnjakov te veje medicine, še tako hudo bolečino ali trpljenje bolnikov ob koncu življenja ublažiti na še znosno raven. Pravo vprašanje za javno razpravo je torej predvsem to, kako razviti ustrezno paliativno oskrbo. (Delo, 11. januar 2015, 2)

(10) Z ustreznim lajšanjem težav, s prisotnostjo in sočutjem poskušamo dodajati življenje zadnjim dnevom, namesto evtanazije, ki je dejanje proti človekovim pravicam, dostojanstvu, etiki in zakonom. (Delo, 11. januar 2015, 2)

(11) Zwiter opozarja, da ima Slovenija zgolj eno hišo hospica, morali pa bi imeti najmanj eno v vsakem večjem mestu. (Dnevnik, 8. januar 2015, 1)

Kot je razvidno iz naslednje izjave (primer 12), je tudi znotraj pravnega diskurza moč zaslediti zagovor paliativne nege. Andraž Teršek paliativno nego opiše kot »pravi pristop k zaščiti pravice do dostojanstvene smrti«. Ob tem se poraja vprašanje, kateri pristop pa je »nepravi pristop« in kdo postavlja kriterije. Pojavlja se tudi personifikacija. Paliativna nega je personificirana kot »pozorna in prijazna skrb« in smrt kot »dostojanstvena«, kar je tudi pomenljivo.

(12) Pravni odgovori na ta vprašanja v našem pravnem okolju že dlje časa ostajajo pretežno enaki. Paliativna nega, torej pozorna in prijazna skrb za umirajoče ali neozdravljivo bolne, velja za pravi pristop k zaščiti pravice do dostojanstvene smrti. (Dnevnik, 10. januar 2015, 15)

5.3.3.3 Prekinitev zdravljenja

Kot je že bilo nakazano, je medicinski diskurz v obravnavanih slovenskih tiskanih medijih oblikovan okoli načela neškodovanja in zato nasprotuje namerni pomoči pri smrti. Vendar pa ne nasprotuje prekinitvi zdravljenja. To je posebej nazorno razvidno iz spodnjih izjav, v katerih akterji podajajo utemeljitve, kot so: »ko je zdravljenje neutemeljeno« (primer 13), »nepotrebne preiskave« (primer 14), »nepotrebni postopki« (primer 14), »nimamo pravice zadrževati v življenju« (primer 15). V primeru 14 dr. David B. Vodušek uporabi metaforo, s katero se izogne

konkretnemu poimenovanju postopkov. Gre za rabo besede »grehi« v prenesenem pomenu, s katero označuje »nepotrebne postopke za ohranitev življenja«.

(13) / .../ ko je zdravljenje neutemeljeno, je prekinitev zdravljenja etična, namerno skrajšanje življenja ni nikoli upravičeno. (Delo, 14. januar 2015, 2)

(14) Tehnologija je v medicino prinesla razkol: na eni strani je mirna smrt, na drugi so nepotrebne preiskave in posegi na bolnikih, ki umirajo in jim ni pomoči, preiskave in postopki pa so zanje mučni in jim prinašajo še več trpljenja. Mislim, da je v medicini več 'grehov' v smeri nepotrebnih postopkov, torej prizadevanj za ohranitev življenja, kot nasprotno. (Delo, 7. januar 2015, 2)

(15) Menim, da človeka ob hudih bolečinah in težavah z dihanjem nimamo pravice zadrževati v življenju. Danes imamo na voljo možnosti, da bolniku prehod iz življenja v smrt omogočimo na dostojen način. To pomeni, da je treba bolečine preprečiti oziroma maksimalno zmanjšati in da je treba preprečiti zadušitev, ki je zelo težka smrt. Če zaradi lajšanja bolečin in dajanja pomirjeval, ki preprečujejo agonijo, pride do zgodnejše smrti, zame to ni evtanazija. (Dnevnik, 07. januar 2015, 4)

(16) 'V zadnjih dneh me pogosto sprašujejo o obrazcu vnaprej izražene volje. Ti ljudje se želijo odločiti, da nočejo podaljševanja življenja, ko je smrt neizogibna. Velika večina za to možnost doslej ni vedela,' je povedala ljubljanska zastopnica pacientovih pravic Duša Hlade Zore. (Dnevnik, 17. januar 2015, 1)

(17) O koncu lastnega življenja mora odločati vsak zase, seveda pri polni zavesti, saj vsakdo razpolaga sam s seboj. Včasih nas zdravnike zanese in neuspeh zdravljenja neozdravljivo bolnega pacienta jemljemo kot lastni neuspeh, ampak to je napačen odnos. Ohranjanje pri življenju na smrt bolnih, ki trpijo hude bolečine, stroke pa jim samo podaljšuje agonijo, ni ne etično ne moralno ne estetsko ne civilizacijsko. (Slovenske novice, 11. januar 2015, 2)

Podobno kot v prejšnjih izjavah se tudi v izjavi (primer 18) dr. Urha Grošlja ponovno poudari, da medicinska stroke podpira prekinitev zdravljenja: »Ko je čas, da bolnik odide, mu je treba pustiti oditi.« V tem stavku je ponovno pomenljiva modalnost (je treba) in se lahko vprašamo, ali gre za zahtevo, ukaz ali morda predlog. Kot subjekt vedenja je Komisija za medicinsko etiko. Poleg naštetih argumentov proti evtanaziji se pokaže tudi kriminalizacija evtanazije (»nismo ljubitelji ekstremnih, v bistvu kriminalnih situacij, na kakršno smo naleteli zdaj, ko se je pojavil

sum na evtanazijo«). Evtanazija je namreč v Sloveniji obravnavana kot kriminalno dejanje, za kar sta zagrožena odvzem zdravniške licence in zaporna kazen. Posledično se v analiziranih člankih (izjema je upokojeni zdravnik dr. Marjan Koršič) ne pojavi noben zdravnik, ki bi javno podprl evtanazijo, kar velja pripisati strahu pred odzivi pacientov in kolegov. V analiziranih člankih se tudi večkrat pojavijo besedne zveze: nezakonita evtanazija, kršenje zakonodaje, prepovedana evtanazija, zagrožena zaporna kazen, nezakonita pomoč pri smrti, odvzem licence ipd. Izjava dr. Urha Grošlja na eni strani res govori o nenaklonjenosti evtanaziji, vendar pa hkrati podpira javno razpravo o etičnih dilemah ob koncu življenja. Ponovno nastopa beseda »razprava« kot nominalizacija, kjer sta izpuščena akter in časovnost. Pred podaljševanje življenja za vsako ceno postavi kakovost življenja. Na konotativni ravni lahko sporoča dvoje: da podpira prekinitev zdravljenja ali da podpira (pasivno) evtanazijo.

(18) V intenzivni terapiji ne gre za golo podaljševanje življenja. Ko je čas, da bolnik odide, mu je treba pustiti oditi. To je najbolj etično. V komisiji za medicinsko etiko nismo ljubitelji ekstremnih, v bistvu kriminalnih situacij, na kakršno smo naleteli zdaj, ko se je pojavil sum na evtanazijo. Smo proti njej. Podpiramo pa seveda argumentirano javno razpravo o etičnih dilemah ob koncu življenja. (Delo, 10. januar 2015, 2)

Akterji iz medicinske stroke pri podajanju argumentov proti evtanaziji povzemajo želje pacientov, ki naj si ne bi želeli predčasnega končanja življenja. To je razvidno iz izjave Mateje Lopuh, državne koordinatorice razvoja paliativne oskrbe (primer 19), kjer navaja: »Pristne želje po predčasni smrti nisem še nikoli doživela.« Pripovedovanje je v prvi osebi ednine, pri čemer bralci dobijo vtis, da gre za osebno izkušnjo, kar daje izjavi večjo verodostojnost. Torej želje so, ni pa jasno, kako ocenjuje, katera je pristna in katera ne. Gre za nejasnost oziroma pomanjkanje specifičnih podatkov.

(19) Bolniki me prosijo za pomoč pri lajšanju bolečine, pri zmanjšanju pogostosti bruhanja, pri urejanju socialne mreže, pri urejanju oskrbe na domu. Bolniki sicer pogosto rečejo, da tega trpljenja ne bodo zdržali, a tega ne mislijo dobesedno. / .../ Pristne želje po predčasni smrti nisem še nikoli doživela, vprašanj, ali se da še kaj narediti, pa je veliko. (Dnevnik, 20. januar 2015, 6)

Naj na tem mestu poudarimo, da prekinitev zdravljenja prej ali slej povzroči pacientovo smrt, vendar to ni pasivna evtanazija, ker je smrt v tem primeru nenamerna – nastopi kot neželena stranska posledica. Novinarka Milena Zupanič v svoji kolumni neposredno navaja drug tekst, in sicer Priporočila za intenzivno medicino, kjer izpostavljajo ta vidik namernosti (primer 20:

»saj pri odločitvi za prenehanje zdravljenja ne gre za dejanja, ki bi imela namen skrajšati življenje« in »namerno skrajšanje življenja ni nikoli upravičeno«). Torej gre za enaki dejanji, ki sta različno interpretirani. V analiziranih tekstih se je večkrat pojavila težnja po poudarjanju razlike med prekinitvijo zdravljenja in evtanazijo (primer 20: »prenehanje s postopki zdravljenja in vzdrževanje življenja je tako v pravnem kot v etičnem pogledu povsem različno od evtanazije«, »oblike prenehanja zdravljenja v nobenem primeru ne predstavljajo evtanazije«).

(20) 'Prenehanje s postopki zdravljenja in vzdrževanje življenja je tako v pravnem kot v etičnem pogledu povsem različno od evtanazije in samomora z zdravnikovo pomočjo. Oblike prenehanja zdravljenja v nobenem primeru ne predstavljajo evtanazije ali samomora z zdravnikovo pomočjo, saj pri odločitvi za prenehanje zdravljenja ne gre za dejanja, ki bi imela namen skrajšati življenje. Namerno skrajšanje življenja ni nikoli upravičeno, prav tako pa po izkušnjah ob dobro razviti paliativni oskrbi tudi ni potrebno,' še piše v priporočilih. (Delo, 14. januar 2015, 2)

Posebej nazorna je spodnja izjava (primer 21) sodnika Evropskega sodišča za človekove pravice v Strasbourgu Boštjana M. Zupančič, ki krepi določeno ideološko pozicijo – da vodilno vlogo, ko je govora o »prenehanju aktivnega zdravljenja, opustitvi in odtegnitvi zdravljenja, in zdravljenju z dvojnimi učinkom« prevzemajo »le zdravniki«. Torej so le zdravniki subjekti vedenja in imajo ekskluzivo za odločanje o teh »vmesnih ukrepih«, ki bi jih lahko razumeli kot alternative evtanaziji. To še dodatno podkrepi z besedno zvezo, da so to ukrepi: »o katerih laična javnost ne ve kaj dosti«. »Laična javnost« je torej objekt, ki nima znanja in za katero se poudarja podrejena vloga zdravnikom.

(21) Prenehanje aktivnega zdravljenja, opustitev in odtegnitev zdravljenja, zdravljenje z dvojnimi učinkom itd. – vse to so vmesni ukrepi, o katerih laična javnost ne ve kaj dosti – in se tudi ne spopada z moralnimi dilemami, s katerimi se spopadajo le zdravniki. (Delo, 13. januar 2015, 5)

5.3.3.4 Sklicevanje na človekove pravice

Na tem mestu gre izpostaviti koncept človekovih pravic, ki se ga uporablja enkrat kot argument za evtanazijo (primeri 26, 27, 28) in spet drugič kot argument v debatah proti evtanaziji (primeri 22, 23, 24, 25). Med obravnavanimi diskurzi namreč prihaja do razlik v interpretiranju

temeljnih vrednot in pravic, ki iz tega izhajajo. Lahko bi poenostavili in rekli, da je sklicevanje na moralne vrednote skupna točka vsem diskurzom. Za pravni, medicinski in religijski diskurz je temeljna človekova pravica spoštovanje in nedotakljivost človekovega življenja ter ne pravica do smrti, kar je razvidno iz spodnjih trditev.

(22) Pravica do smrti ni ne ustavna ne temeljna človekova pravica. / .../ če je nekaj pravica, sta državna oblast in pravni sistem dolžna, da posamezniku omogočita učinkovito uresničevanje takšne pravice v praksi. (Dnevnik, 10. januar 2015, 15)

(23) O smrti ne moremo govoriti kot o pravici, to je preprosto nuja. Lahko pa govorimo o vprašanju pravice do pomoči pri umiranju. Če bi bila tovrstna pomoč pravica, bi nekoga zavezovala k zagotavljanju tovrstne pomoči. Gre za normo, ki jo lahko predpiše družba, potem ko pri ljudeh prepozna to potrebo. Koga bo ta pravica zavezovala, pa je stvar dogovora. (Dnevnik, 20. januar 2015, 6)

(24) Menim, da mora javna oblast narediti vse, kar je v njeni moči in kar je mogoče od nje razumno pričakovati, ko srbi za kakovost in učinkovitost delovanja sistema za zaščito posameznikovega življenja, dostojanstva, svobode ter vseh ustavnih pravic in svoboščin. / .../ O vprašanju evtanazije zato ne razmišljam kot o vprašanju milosti glede posameznikovega umiranja in smrti, ampak kot o vprašanju skupne družbene odgovornosti do življenja. (Dnevnik, 10. januar 2015, 15)

V naslednji izjavi se kaže lep primer metonimije. Reisigl in Wodak (2001, 57) poimenujeta metonimijo kot »preimenovanje« oziroma zamenjavo, ki vključuje naslednjo semantično značilnost: ime referenta je zamenjano z imenom drugega referenta, ki je semantično (abstraktno ali konkretno) blizu imenu zamenjanega referenta. V spodnji izjavi (primer 25) je Tatjana Žargi, dolgoletna predsednica Slovenskega društva Hospic, zamenjana z institucijo, za katero dela. Rezultat tega je, da »Slovensko društvo Hospic zagovarja spoštovanje človekovih pravic« in akter ni poimenovan osebno. Namen te zamenjave je, da se odgovorne akterje potisne v ozadje.

(25) Slovensko društvo Hospic zagovarja spoštovanje človekovih pravic bolnika v predsmrtni bolezni. Ob celostni pomoči nam je najvišje vodilo človekovo dostojanstvo in nedotakljivost njegove osebe. Zato aktivno evtanazijo, to je namerno usmrnitev bolnika, na njegovo zahtevo ali brez ugotavljanja njegove volje proti njegovi želji, odločno zavračamo. (Delo, 11. januar 2015, 2)

Na drugi strani pa je tako imenovani zagovorniški diskurz, ki govori o pravici do dostojanstvene smrti in o avtonomiji posameznika, da sam odloča o poteku ali prekinitvi svojega zdravljenja kot o temeljni človekovi pravici. V besedilih obravnavanih časopisov so večkrat predstavili mnenje (primeri 26, 27, 28) filozofa dr. Igorja Pribaca, ki v zagovor evtanaziji uporabi argumente moralnega značaja. V njegovih izjavah se uporabljajo pojmi, kot so človekovo dostojanstvo, človekova avtonomija, pravica do samoodločanja in kakovost življenja. Še več, dr. Igor Pribac se ob tem sklicuje tudi na temeljno vrednoto – demokracijo (primer 28). Po aferi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana so bile izvedene javnomnenjske raziskave, kjer se je pokazala »odločna podpora evtanaziji med slovenskimi državljani«, kar naj bi bil argument za pravno ureditev evtanazije. Ob tem se poraja vprašanje, koliko odstotkov prebivalstva je označeno z besedno zvezo »odločna podpora«. Gre za primer, kjer je dejansko število zamenjala abstrakcija. Med drugim je pomenljivo sklicevanje na demokracijo, ki je temeljna vrednota in ki temelji na spoštovanju človekovih pravic. Prav tako je opaziti personifikacijo politične sfere – tu manjka akter. Politična sfera ni nekaj, kar ima moč spreminjati stvari. Poslanci sprejemajo določene politične odločitve in zakone. Funkcija takih stavkov je, da se pojavljajo kot nekaj naravnega in neizogibnega, v smislu, da se politična sfera mora odzvati in prilagoditi na te razmere, in ne kot nekaj vprašljivega (Machin in Mayr 2012, 91).

(26) 'Posameznik, ki je sposoben presojati dobro in slabo, se jasno izreče, da želi smrt, da je zanj smrt boljša od nadaljevanja življenja, ki se mu obeta, in prosi pri tem za pomoč. Ta prošnja je izraz njegove želje, da bi ohranil svojo avtonomijo, zato v tem vidim skladnost ureditve, ki prostovoljno evtanazijo dopušča, z osnovno idejo človekovih pravic, ki je seveda ideja varovanja in krepitev človekove individualne avtonomije,' pojasnjuje dr. Pribac. (Dnevnik, 7. januar 2015, 4)

(27) Vse kaže, da se glede odločitev ob koncu življenja, podobno kot glede statusa istospolnih v svetu, tudi politično uveljavljajo novi pogledi o tem, kaj je skladno z idejo človekovih pravic in človekovega dostojanstva. Ja, razprava o evtanaziji je tudi v Sloveniji postala politična. In prav je tako. (Dnevnik, 28. februar 2015, 6)

(28) Odločna podpora evtanaziji med slovenskimi državljani kljub dosednji prevladi odklonilnih stališč zdravnikov politično sfero k temu skoraj zavezuje, če hoče ohraniti atribut demokratičnosti. (Dnevnik, 28. februar 2015, 6)

5.3.3.5 Domneva tveganja zlorab

Domneva tveganja zlorab nastopa kot močan protiargument za uzakonitev evtanazije. Akterji se sklicujejo na primere zlorab v državah, kjer je evtanazija dovoljena, in navajajo tudi konkretne primere iz prakse, pri čemer poudarjajo, da po izkušnjah pacienti ne želijo biti evtanazirani, temveč želijo zgolj lajšanje bolečin. V spodnjih primerih se ponovno lahko vprašamo, koliko je to »preveč zlorab« (primer 30) in »več kot uradnih evtanazij« (primer 29). Prav tako je Nizozemska personificirana, saj ne more prednjačiti, ponovno manjka specifičnost. Da se razsežnost problema še bolj poudari in doseže učinek dramatičnosti, je dodan pridevnik »šokantni« (primer 29). Gre za primer, kjer je konkretno število zamenjala abstrakcija, zato se nanašajoč na Machin in Mayr (2012, 84) utemeljeno lahko vprašamo, kakšno je ideološko ozadje. Prav tako je v primeru 26 izpuščen akter (»ko daš nekomu moč, da odloča«), kar je spet pomenljivo.

(29) Ko daš nekomu moč, da odloča, ali bo nekdo živel ali ne, so odločitve in zlorabe vse lažje. Iz Nizozemske, ki prednjači po evtanaziji, prihajajo šokantni podatki. Zlorab je več kot uradnih evtanazij. (Delo, 8. januar 2015, 4).

(30) 'V državah, kjer je [evtanazija] dovoljena, je preveč zlorab', opozarja predsednik Komisije RS za medicinsko etiko Božidar Voljč. (Dnevnik, 8. januar 2015, 2)

Iz tega izhaja razprava o dilemah, povezanih z odločanjem o življenju in smrti posameznika. V članku z naslovom »Strasbourško sodišče o pasivni evtanaziji« je podan primer pacienta Vincenta Lamberta, ki je nihal med vegetativnim in polzavestnim stanjem. Evropsko sodišče za človekove pravice je namreč v tem primeru prvič na ta način odločalo, ali naj mu dovoli umreti. To je sprožilo dileme, saj če bi v nekaterih primerih omogočali predčasno smrt hudo bolnih oseb, bi to sčasoma pripeljalo do opustitve zdravljenja neozdravljivo bolnih, to do aktivne evtanazije in navsezadnje do neprostoVOLjne evtanazije (Dnevnik, 8. januar 2015). Kolumnist Branko Gradišnik ob morebitni legalizaciji evtanazije ali samomora z zdravniško pomočjo opozarja, da bi s tem »medicina dobila še večjo oblast nad življenjem« (Slovenske novice, 13. februar 2015).

V kontekstu reševanja problematike in iskanja zadovoljivih rešitev se je predlagalo tudi širšo družbeno razpravo o evtanaziji. V uvodnem odstavku prvega članka o evtanaziji v časopisu Slovenske novice so celo namignili na referendum o evtanaziji: »Zaradi nedavnih primerov

suma na evtanazijo v ljubljanskem univerzitetnem kliničnem centru se sproža vrsta vprašanj, povezanih z aktivno pomočjo pri umiranju. Bi bil referendum najprimernejši za iskanje družbenega konsenza o tej občutljivi temi?« (Slovenske novice, 11. januar 2015) Stavek lahko interpretiramo kot vprašanje, predlog, zahtevo itd. Še več, v tem času se je tudi začelo podpisovanje spletne peticije v prid evtanazije. Iz primera 31 je razvidno, da avtor želi ustvariti kolektivno identifikacijo (»slovenska družba«) in s tem doseči, da se bralec opredeli »na referendumu«.

(31) S tem želimo le preveriti, ali je slovenska družba pripravljena na evtanazijo, kasneje pa naj se odločijo na referendumu. (Dnevnik, 17. januar 2015, 1)

5.4 Ključne ugotovitve analize

Nadaljujemo z odgovorom na raziskovalno vprašanje: *Kakšni so diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih?* Predpostavljali smo, da bo v obravnavanih člankih prevzel dominantno pozicijo medicinski diskurz, saj med govorce o evtanaziji prevladujejo akterji iz medicinske stroke. Analiza medijskih tekstov je potrdila, da so akterji iz medicinske stroke privilegirani za razpravo o praksah ob koncu življenja. Vendar pa so bile njihove izjave prežete z idejo svetosti življenja, ki izhaja iz krščanskega diskurza. Ta prepoved ubijanja odseva tako v medicinskem kot v pravnem diskurzu. Okoli nje so oblikovani slovenska zakonodaja in etični kodeksi, ki zavezujejo zdravnike k spoštovanju življenja. Analiza besedišča in teksta je med drugim pokazala določeno ideološko pozicijo medicine. Kot poudarja Vezovnik (2009, 174), besede nosijo konotativne pomene, ki odražajo družbene vrednote ali sodbe in odnos tistega, ki izjavlja, do predmeta, do katerega se opredeljuje. Iz besed akterjev iz medicinske stroke je bilo zaznati, da uporabljajo razne retorične figure, s katerimi argumentirajo in prepričujejo bralce, da prevzamejo njihovo stališče, prelagajo odgovornost, utrjujejo vlogo zdravnikov kot subjekta vedenja in interpelirajo individuum v vlogo bolnikov.

V analiziranih tekstih se je pogosto pojavlja dihotomizacija besed evtanazija in paliativna nega. O evtanaziji se govori v negativnem tonu, paliativna nega, ki je namenjena lažšanju bolečin osebam z napredujočo neozdravljivo boleznijo, pa nastopa kot njen antagonistični pol. Lahko bi celo rekli, da se na ta način »producira« diskurz, ki bi ga lahko poimenovali kot »diskurz

alternativam evtanazije«. Pri tem naj spomnimo, da je bilo iz podanih izjav akterjev razvidno, da so argumenti v prid paliativne nege moralnega izvora. Dobro organizirana paliativna nega naj bi preprečila željo po »prezgodnjem končanju življenja«, s tem ko pacientom nudi ustrezno lajšanje bolečine. V ozadju zagovora paliativne nege je ponovno moč zaznati krščanski diskurz in idejo svetosti življenja, v katerega se ne sme posegati. Kot že omenjeno, pride blažilna paliativna nega v poštev po prekinitvi nesmiselnega zdravljenja, saj pomaga pacientom in njihovim svojcem sprejeti smrt ter jim ne vsiljuje intenzivnega zdravljenja. Naj dodamo, da se pri podajanju argumentov proti evtanaziji pojavlja tudi domneva o zlorabah, kjer se akterji sklicujejo na primere zlorab iz držav, kjer je evtanazija dovoljena. Vendar pri tem uporabljajo besedne zveze, s katerimi se izognejo konkretnemu podajanju statistik, in govorijo zgolj abstraktno. Med drugim so akterji iz medicinske stroke posploševali in govorili v imenu pacientov, da ti po izkušnjah ne želijo biti evtanazirani, temveč si želijo zgolj lajšanje bolečin, kar je domena paliativne nege. Spomnimo, da so iz novinarskih prispevkov v celoti bili izključeni bolniki, saj avtorji teksta niso ne citirali ne povzemali njihovega pogleda na temo evtanazije in umiranja.

Izkazalo se je, da analitično razlikovanje med diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih ni enostavno. Vendar so se vseeno pokazale nekatere razlike: v nasprotju s krščanskim diskurzom pravni, medicinski in moralistični diskurz ne nasprotujejo prekinitvi zdravljenja ali odklonitvi zdravljenja. Prekinitev zdravljenja je bila utemeljena z naslednjimi pojmi: nesmiselno zdravljenje, napredovanje bolezni, neozdravljivo bolni, umirajoči, brez možnosti okrevanja, nepotrebni postopki in terminalna faza. Tudi Hausmann (2004, 219) poroča, da v britanskem tisku²² prevladuje argument terminalne bolezni, ali kot ga sam poimenuje, »diskurz terminalne bolezni«. Nadalje navaja, da pri slednjem postane terminalna oziroma neozdravljiva bolezen označevalec, ki upravičuje evtanazijo in hkrati odvrta pozornost od splošnega tabuja ubijanja (ki je zakonsko prepovedano) do bolj diferenciranega vrednotenja ubijanja v kontekstu. V ospredje je potisnjen zagovor prostovoljne evtanazije, kjer je poudarek predvsem na načelu izbire in ne prisile. Glavna ugotovitev je bila, da so bili primeri evtanazije, kjer sta bila prisotna oba, predstavljeni kot najbolj legitimni (Hausmann 2007, 220).

²² V vzorec je bilo vključenih 328 časopisnih člankov, ki so izšli med novembrom 1998 in oktobrom 1999. Pridobljeni so bili iz podatkovne baze LexisNexis, ki omogoča dostop do široke zbirke nacionalnih in regionalnih časopisov.

Za Cevca (1995, 155) je temeljna moralna dilema zdravnika, da mora na eni strani umirajočemu kar najbolj olajšati življenje in sam proces umiranja, saj ima vsakdo pravico do človeka vredne smrti, ter na drugi strani upoštevati zakone in Kodeks medicinske deontologije Slovenije, ki zdravnikom in zdravstvenemu osebju prepoveduje izvajati evtanazijo. Moralistični diskurz okoli evtanazije se konstruira okoli koncepta svobodne volje in pojmov, kot so: človekova avtonomija, pravica do samoodločanja, človekovo dostojanstvo in kakovost življenja. Tudi filozofski pogled na evtanazijo se oblikuje okoli koncepta posameznikovega dostojanstva, saj naj bi imel vsakdo pravico zase odločiti, kdaj njegovo življenje izgubi vrednost in je končanje življenja najboljša rešitev. S tega vidika se zastavlja vprašanje, ali res gre za posameznikovo svobodno voljo ali gre zgolj za prikrito prisilo. Na eni strani se posamezniku (navidezno) poveča možnost odločanja, po drugi strani pa bo šlo za pritisk na najšibkejše člane družbe.

6 SKLEP

Napredek tehnologije in medicine je hkrati vplival na povečanje tako dolžine kot kakovosti življenja. S pojavom novih metod intenzivne medicine, kot so mehanska ventilacija, dializa, mehanska podpora srcu in presaditve organov, so se sočasno pojavila nova bioetična vprašanja. Medicina tako lahko umetno vzdržuje življenje in s tem podaljšuje proces umiranja pri hudo bolnih v nedogled, lahko tudi proti volji človeka. V pričujočem delu je bilo obravnavano nasprotno dejanje, in sicer predčasno končanje življenja. Šlo je za primer, ko naj bi zdravnik nezavestnemu bolniku odredil zdravilo z namenom, da povzroči njegovo smrt – torej za primer neprostovoljne aktivne evtanazije.

V magistrskem delu so nas zanimali medijska reprezentacija evtanazije in s tem povezani diskurzi o evtanaziji v slovenskih tiskanih medijih, ob tem pa tudi, kateri zavzema dominantno pozicijo. Kritična analiza besedil je pokazala, da v ozadju reprezentiranih izjav prevladuje krščanski diskurz: sklicevanje na načelo svetosti življenja in posledično nasprotovanje praksam, ki bi povzročile namerno skrajšanje življenja. Zagovor svetosti življenja odseva tako v medicinskem, pravnem in moralističnem diskurzu kot v diskurzu alternativ evtanaziji. Kot nasprotni pol evtanaziji se pogosto omenja paliativna nega, namenjena tako lajšanju simptomov kot psihološki podpori. Pri tem naj spomnimo, da akterji iz medicinske stroke in pravniki navajajo, da ob dobro razviti paliativni oskrbi in njeni implementaciji evtanazija naj ne bi bila potrebna. V ozadju zagovora paliativne nege je ponovno zaznati moralne zadržke, ki izhajajo iz nedotakljivosti življenja. Pokazalo se je, da so bili glavni govorci o evtanaziji za to »poklicani« strokovnjaki, torej zdravniki oziroma drugi akterji iz medicinske stroke. Vzroke za poenotenje medicinske stroke okoli nasprotovanja evtanaziji bi lahko pripisali tudi potencialni kriminalizaciji evtanazije. Zdravnike in zdravnice namreč zavezujejo Hipokratova prisega in Kodeks medicinske deontologije Slovenije ter drugi pravni akti. Skratka, evtanazija je v medijskih tekstih reprezentirana kot nekaj nezaželenega tako s pravnega kot z etičnega vidika. Vendar pa so na drugi strani akterji iz medicinske stroke naklonjeni prekinitvi zdravljenja, ko to postane nesorazmerno veliko breme bolniku in neučinkovito. Zdravniki torej izvajajo praksi, ki sta v dejanjih in izidu enaki, razlika je le v namenu. Ponazorimo na primeru: če zdravnik bolniku v terminalni fazi ne začne dajati novih zdravil. Če je bil povod za to dejanje namerna povzročitev smrti, govorimo o pasivni evtanaziji, če je smrt nastopila kot nenamerna in neželena stranska posledica, pa o prekinitvi zdravljenja. Podoben primer je tudi aktivna evtanazija proti zdravljenju z dvojnim učinkom, kjer je ponovno smrt neželena stranska

posledica aktivnega dajanja zdravil za lajšanje bolečin. Glavna razlika je torej v interpretaciji. Kot smo že nakazali, so bili obravnavani medijski teksti polni retoričnih figur, ki so poleg uveljavljenega pomena konotirale še drug pomen. V glavnem je šlo za tiste strukture v tekstu, s katerimi se je izpuščalo neposredno delovanje, konkretne statistike in akterje ter s tem prikrivanje odgovornosti za določena dejanja in njihove posledice.

Na tem mestu je treba poudariti, da je analiza pokazala, da ni enostavno razlikovati med krščanskim in moralističnim diskurzom. Kot glavna razlika se kaže interpretacija pogleda na vrednost človekovega življenja. Za krščanski diskurz je vsako življenje »vredno« življenja, zato nasprotujejo tudi smrti iz usmiljenja. Moralistični diskurz o evtanaziji je prav tako konstruiran okoli načela spoštovanja človekovega življenja kot temelja civilizacije, vendar pa v določenih izjemnih okoliščinah ne nasprotuje predčasnemu končanju življenja, če tako življenje spremljata pogostno neznosno telesno in duševno trpljenje ter izguba dostojanstva in avtonomije. Ob tem se pojavi vprašanje, ali bi z legalizacijo evtanazije bolnik res dobil več avtonomije ali bi šlo za pritisk na najšibkejše člane družbe, da izberejo predčasno končanje življenja, da ne bi bili v breme svojcem. K temu dodatno prispeva še socialna izključenost starejših, zlasti pomanjkanje socialne opore, in tako so starejši slej ko prej prepuščeni sami sebi. Pred vstopom žensk na trg delovne sile je bilo samoumevno, da so ženske poskrbele za starejše družinske člane, v sodobnem času pa je zaznati odtujenost družinskih članov od umirajočega in odiranje umirajočih v bolnišnice in druge varstvene zavode. Starejši bi posledično lahko dobili občutek, da je evtanazija preferiran način smrti. Če se ob tem navežem na Carolien in Williams (2015), ki opozarjata, da če pacienti odklonijo drago zdravljenje v zadnji fazi in izberejo predčasno smrt, bi to bil učinkovit način za nadzor naraščajočih stroškov za zdravljenje in oskrbo. Ker se torej proračun zdravstvene blagajne glede na naraščajoče stroške zdravljenja (zlasti pacientov v terminalni fazi) zaradi staranja prebivalstva in razvoja tehnologije krči, se utemeljeno lahko vprašamo, ali bi z legalizacijo evtanazije res največ pridobil bolnik.

Ob vsem tem pa ne gre spregledati tudi možnih zlorab v obliki neprostovoljne evtanazije. Tudi v analiziranih besedilih so akterji kot protiargument evtanaziji navajali primere iz držav, kjer je evtanazija uzakonjena, vendar je šlo za abstrakcije, saj niso navajali nobenih statističnih podatkov. Čeprav so v zakonodajah teh držav sprejeli zaščitne ukrepe, kot na primer, da mora biti prošnja smrti prostovoljna in dobro premišljena, da jo izvede samo zdravnik, ki mora poročati o vseh primerih evtanazije komisiji in pridobiti drugo zdravniško mnenje, se kljub temu dogaja, da so ti varnostni mehanizmi prezrti in se povzročiteljev ne preganja. Najpogosteje

je govora o Nizozemski, kjer naj bi bilo letno zabeleženih 500 primerov neprostovoljne evtanazije. Leta 2005 je bilo zabeleženih 2410 primerov smrti kot posledice evtanazije ali zdravniške pomoči pri samomoru, kar je predstavljalo 1,7 % vseh smrti na Nizozemskem. Več kot 560 osebam (0,4 % vseh smrti) naj bi vbrizgali smrtonosne substance brez njihovega eksplicitnega soglasja. Ob tem je treba upoštevati, da so nekateri pacienti enkrat v preteklosti sicer izrazili naklonjenost do evtanazije ali željo, ampak ne formalno v pisni obliki, kot je zahtevano. Vsak primer evtanazije, tako v Belgiji kot na Nizozemskem, mora biti prijavljen komisiji. Na Nizozemskem tako vsaj 20 % primerov evtanazije ne prijavijo. Prav tako je zaskrbljujoče, da kljub temu, da zakonodaja jasno določa, da samo zdravnik sme izvršiti evtanazijo, slednjo izvršujejo tudi medicinske sestre (Pereira 2011, 38–39).

Evtanazija je postala vidna v medijih, ko je šlo za škandal, torej primer domnevne neprostovoljne evtanazije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. V nadaljevanju je primer evtanazije ponazorjen s pomočjo Parsonsove dinamike vplivanja medijev na javno mnenje. Parsons (v Mandič 2002, 207) izpostavlja svojevrstno dinamiko vplivanja medijev na javno mnenje in govori o več ciklih, skozi katere prehaja pozornost javnosti v zvezi s konkretnim spornim vprašanjem: 1) predproblemska faza, ko problem sicer obstaja, vendar ga javnost ne zaznava, 2) faza alarmantnega razkritja problema skozi medije, ki jo spremlja evforičen in entuziastičen pogled na rešljivost problema, 3) faza umirjanja, ko v ospredje stopi zavest o množičnih stroških, ki bi bili potrebni za korenito razreševanje problema, 4) faza postopnega upadanja zanimanja javnosti za vprašanje, 5) poproblemska faza. Če to konkretiziramo na primeru evtanazije, bi predproblemsko fazo predstavljale etične dileme zdravnikov ob umirajočih pacientih, ki trpijo neznosne bolečine. Pojavi se dilema, ali odmeriti večjo dozo na primer morfija in s tem tvegati možnost predčasne smrti (dvojni učinek). Pacienti v nekaterih primerih tudi sami zaprosijo za evtanazijo oziroma njihovi svojci. Faza alarmantnega razkritja problema skozi medije je sledila po 7. januarju 2015 in naslednjih štirinajst dni, ko so tiskani mediji skoraj vsak dan objavili članek na temo evtanazije. Povod za objave je bil sum, da je zdravnik 16. decembra 2014 nezvestnemu bolniku odredil zdravilo z namenom, da povzroči njegovo smrt. V časopisih so se pojavljali članki o primeru suma evtanazije, preiskavi, razrešitvah, primerih in praksah v tujini. Sledili so članki na temo umiranja in smrti, opustitve in odtegnitve zdravljenja, dilem ob koncu življenja, objavljeni pa so bili tudi izsledki telefonske raziskave, ki jo je izvedel Oddelek za tržne raziskave Delo Stik med 13. in 14. januarjem 2015 in je nakazala visoko podporo evtanaziji. Kot rešitev problema se je poudarjalo prekinitvev intenzivnih in neučinkovitih postopkov zdravljenja ter več vlaganja

v ustrezno urejeno paliativno oskrbo, ki je namenjena pacientom po prekinitvi zdravljenja. S suspendiranjem osumljenega zdravnika in drugimi razrešitvami je sledila faza postopnega umiranja.

Iz napisanega je razvidna moč medijev, saj je njihovo poročanje vplivalo na to, da je evtanazija v Sloveniji začela vzbujati politično zanimanje. Kot navaja Kamin (2006, 111), »mediji lahko pomagajo pri uveljavitvi določene zdravstvene teme v javnih razpravah in njenem vključevanju v politično obravnavo«. V Državnem zboru Republike Slovenije je bila dober mesec po medijskem razkritju, 4. februarja 2015, sklicana 7. nujna seja Komisije za peticije ter za človekove pravice in enake možnosti, kjer je potekala razprava o uvedbi prostovoljne aktivne evtanazije, torej za tiste primere, ko je oseba neozdravljivo bolna in si ne želi podaljševanja življenja. Poudarek je bil na tem, da se pacient ob posvetovanju s strokovnim osebjem sam svobodno odloči, ali na tako potezo pristane ali ne. Šlo je za prvo politično razpravo o evtanaziji v Sloveniji. Spomnimo, da je že pred tem, 12. januarja 2015, na temo evtanazije potekala okrogla miza z naslovom »Poslanstvo, mesto in razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji – ali res potrebujemo evtanazijo?«. Če se osredotočimo na sedanji čas, več kot dve leti po obravnavanem dogodku, se na temo evtanazije občasno pojavi kak prispevek. Lahko bi rekli, da zadeva tli – potencialen nov primer evtanazije v prihodnosti bo lahko povsem spremenil razplet. Kot je že bilo omenjeno, so javnomnenjske raziskave pokazale, da je slovenska javnost naklonjena evtanaziji, kar bo lahko v prihodnosti vodilo do močnejših pritiskov po ponovnem uokvirjanju pravnih možnosti. Kakšen bo končni razplet, ni znano, vemo pa, da so na Nizozemskem dolgoletne razprave navsezadnje vodile do legalizacije evtanazije.

7 LITERATURA

1. 24ur.com. Dostopno prek: <http://www.24ur.com/> (17. februar 2017).
2. Althusser, Louis. 2000. *Izbrani spisi*, trans. Zoja Skušek. Ljubljana: Založba/cf.*
3. Beznec, Barbara. 2007. Tabu smrti. *Časopis za kritiko znanosti* 35 (227): 7–9.
4. Bird, Chloe E., Peter Conrad, Allen M. Fremont in Stefan Timmermans, ur. 2010. *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press. Dostopno prek: EBSCOhost.
5. Bobnič, Robert in Andreja Vezovnik. 2013. Diskurz o islamu ali dispozitiv izjav in objekta: primer islamskega versko-kulturnega centra. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 40 (251): 34–53.
6. Carolien P. T. Lamers in Rebecca R. Williams. 2015. Older People's Discourses About Euthanasia and Assisted Suicide: A Foucauldian Exploration. *Gerontologist* 56 (6): 1072–1081.
7. Cevc, Matija. 1995. Evtanazija in zdravnik. *Zdravniški vestnik* 64 (3): 155–160.
8. Cohen Almagor, Raphael. 2009. Belgian Euthanasia Law: A Critical Analysis. *Journal of Medical Ethics* 35 (7): 436–439.
9. Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. 2015. *Troisième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2013 et 2014)*. Dostopno prek: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2013-2014/index.html> (26. januar 2017).
10. Council of Europe. 1997. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Dostopno prek: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf98> (7. maj 2017).
11. --- 2014. *Texts of the Council of Europe on bioethical matters. Volume II*. Dostopno prek: [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Texts_and_documents/INF_2014_5_vol_II_textes_%20CoE_%20bio%C3%A9thique_E%20\(2\).pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Texts_and_documents/INF_2014_5_vol_II_textes_%20CoE_%20bio%C3%A9thique_E%20(2).pdf) (7. maj 2017).
12. Delo. 2015 Analizirano besedilo dnevnika (januar–marec). Ljubljana: Delo.
13. Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung. Dostopno prek: <https://www.admin.ch> (28. januar 2017).
14. Dnevnik. 2015. Analizirano besedilo dnevnika (januar–marec). Ljubljana: Dnevnik.

15. Državni zbor Republike Slovenije. 2015. *Seje delovnih teles*. Dostopno prek: <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/seje/evidenca?mandat=VII&type=magdt&uid=6A7B8398998B91E4C1257DE30045A6C6> (3. maj 2017).
16. EurOhex – European Health Expectancy. 2015. *Health Expectancy in Slovenia. EHLEIS Country Reports Issue 9 – October 2015*. Dostopno prek: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9/Slovenia_Issue9.pdf (28. marec 2017).
17. European Institute of Bioethics. 2012. *Euthanasia in Belgium: 10 years on*. Dostopno prek: <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf> (7. december 2016).
18. European Values Study – EVS. *European Values Study 1981–2008*. GESIS Data Archive, Cologne. Dostopno prek: <http://zacat.gesis.org/webview/index.jsp?object=http://zacat.gesis.org/obj/fCatalog/Catalog5> (29. januar 2017).
19. Fairclough, Norman. 1995. *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Longman.
20. --- 2003. *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London, New York: Routledge.
21. Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici. 2015. *Družba znanja. Slovenski utrip – Raziskava javnega mnenja*. Dostopno prek: http://www.fuds.si/sites/default/files/poro_ilo_su_jan_15-1.pdf (13. februar 2017).
22. Filipovič Hrast, Maša in Srna Mandič, ur. 2011. *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Fletcher, Joseph. 1973. Ethics and Euthanasia. V *To Live and To Die: When, Why, and How*, ur. Robert H. Williams. New York: Springer-Verlag New York Inc.
24. Flis, Vojko. 1995. Evtanazija in zdravnik. *Zdravniški vestnik* 64 (3): 161–165.
25. Foucault, Michel. 2008. *Vednost–oblast–subjekt*, trans. Tomaž Erzar. Ljubljana: Krtina.
26. Gedrih, Maša. 2007. Zakrinkana smrt: Postopno potujevanje umiranja in posledice. *Časopis za kritiko znanosti* 35 (227): 17–24.
27. *Government of the Netherlands*. Dostopno prek: <https://www.government.nl> (27. januar 2017).
28. Green–Pedersen, Christoffer. 2007. The Conflict of Conflicts in Comparative Perspective: Euthanasia as a Political Issue in Denmark, Belgium, and the Netherlands. *Comparative Politics* 39 (3): 273–291.
29. Hafner Fink, Mitja, Brina Malnar, Slavko Kurdija, Samo Uhan in Janez Štebe. 2013. Slovensko javno mnenje 2013: *Mednarodna raziskava Nacionalna identiteta, Mednarodna*

- raziskava Razumevanje vloge državljana in Ogledalo javnega mnenja*. Datoteka podatkov. Univerza v Ljubljani, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov. Dostopno prek: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/sjm13/> (28. januar 2017).
30. Hausmann, E. 2004. How press discourse justifies euthanasia. *Mortality* 9 (3): 206–222.
31. Hope, Tony, prev. Maja Žorga Dulmin. 2004. *Medicinska etika. Zelo kratek uvod*. Ljubljana: Krtina.
32. Hospic. Dostopno prek: www.hospic.si (3. november 2016).
33. Howarth, David. 2000. *Discourse. Concepts in the Social Sciences*. Buckingham: Open University Press.
34. Institut Européen de Bioéthique. 2016. *Analyse du Septième Rapport aux Chambres Législatives (Années 2014 et 2015)*. Dostopno prek: <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20191020-synthese-du-rapport-euthanasie-2016.pdf> (26. januar 2017).
35. Jaworski, Adam in Nikolas Coupland. 2006. Introduction: Perspectives on Discourse Analysis. V *The Discourse Reader*, ur. Adam Jaworski in Nikolas Coupland, 1–37. London: Routledge.
36. Jorgensen, Marianne in Louise J. Phillips. 2002. *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage.
37. Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
38. Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2). Ur. l. RS 50/2012 (7. november 2015).
39. Keown, John. 2002. *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*. Cambridge: University of Cambridge.
40. Kiarash, Aramesh in Heydar Shadi. 2007. An Islamic Perspective on Euthanasia. *The American Journal of Bioethics* 7 (4): 65–66.
41. Klampfer, Friderik. 2010. *Cena življenja: razprave iz bioetike*. Ljubljana: Krtina.
42. KNMG – The Royal Dutch Medical Association. Dostopno prek: <https://www.knmg.nl> (27. januar 2017).
43. Kos, Janko. 1994. *Očrt literarne teorije*. Ljubljana: DZS.
44. Lamers, Carolien P. T. in Rebecca R. Williams. 2015. Older People's Discourses About Euthanasia and Assisted Suicide: A Foucauldian Exploration. *Gerontologist* 56 (6): 1072–1081.
45. La Santa Sede. Dostopno prek: <http://w2.vatican.va/content/vatican/it.html> (30. april 2017).

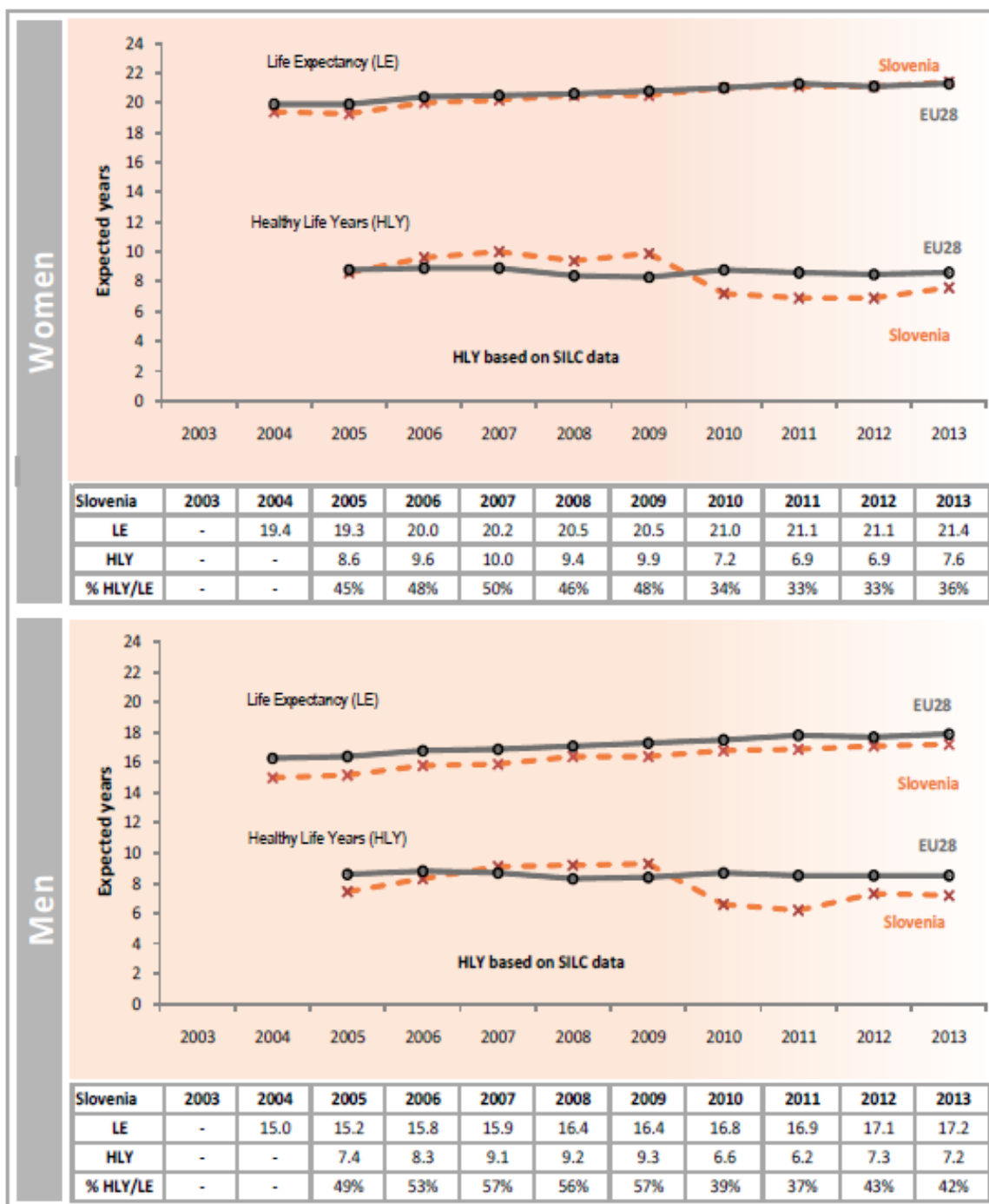
46. Lekarna Ljubljana. Dostopno prek: <http://www.lekarnaljubljana.si/si/o-lekarni-ljubljana/ljubhospic> (22. november 2016).
47. Lewis, Penney. 2015. *Assisted dying: What does the law in different countries say?* Dostopno prek: <http://www.bbc.com/news/world-34445715> (18. december 2016).
48. Ljubhospic. Dostopno prek: <http://www.ljubhospic.si> (22. november 2016).
49. Lunder, Urška. 2007. Paliativna oskrba – Kako opuščamo staro in sprejemamo novo. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 35 (227): 34–42.
50. Lupton, Deborah. 2006. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE Publications.
51. Luthar, Breda, Vida Zei in Hanno Hardt. 2004. *Medijska kultura: kako brati medijske tekste*. Ljubljana: Študentska založba.
52. Machin, David in Andrea Mayr. 2012. *How to Do Critical Discourse Analysis: A Multimodal Introduction*. London: SAGE.
53. Makarovič, Matej, Borut Rončević, Matevž Tomšič, Jana Suklan, Tea Golob in Tamara Besednjak Valič. 2015. *Slovenski utrip 1/2015: Družba znanja*. Datoteka podatkov. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov. Dostopno prek: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/sutr1501/> (13. februar 2017).
54. Mandič, Srna. 2002. Socialni programi, družbeni problemi in krepitev vpliva javnosti. *Teorija in praksa* 39 (2): 204–219.
55. Ministrstvo za zdravje. 2010. *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
56. --- 2015. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
57. --- 2017. *Državni program obvladovanja raka 2017–2021*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
58. Minocha, Aneeta A., Arima Mishra in Vivek R. Minocha. 2011. Euthanasia: A social Science Perspective. *Economic and Political Weekly* 46 (49): 25–28.
59. Mlinar, Anton. 2005. *Evtanazija: Zgodovinski pregled, današnji položaj in etična refleksija*. Ljubljana: Študentska založba.
60. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/> (20. november 2015).
61. Pahor, Miloš. 2009. Evtanazija – njen zagovor. *Časopis za kritiko znanosti* 37 (235 – 236): 240–252.

62. Pereira, J. 2011. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology* 18(2): 38–45.
63. Peterneelj, Andreja in Urška Lunder. 2011. Kratek povzetek poročila: Izvajanje celostne paliativne oskrbe v Ljubljanski, Gorenjski in Pomurski regiji. V *Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice*, ur. Urška Lunder, 55–66. Ljubljana: Bolnišnica Golnik.
64. Potič, Zoran. 2015. *Anketa Dela: Evtanazija ima podporo javnosti*. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/politika/anketa-dela-evtanazija-ima-podporo-javnosti.html> (14. februar 2017).
65. *Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev*. Ur. l. RS 87/06, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09 in 6/12 (19. november 2015).
66. Rachels, James, prev. Jure Potokar. 1987. *Pravica do smrti: Evtanazija in morala*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
67. Reisigl, Martin in Ruth Wodak. 2001. *Discourse and Discrimination: Rhetorics of Racism and Antisemitism*. London: Routledge.
68. ReNPZV – *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev"* Ur. l. RS 72/08 in 47/08 – popr. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP51> (2. april 2017).
69. Richardson, John E. 2007. *Analysing Newspapers: An Approach From Critical Discourse Analysis*. New York: Palgrave Macmillan.
70. Sikora, Joanna in Frank Lewins. 2007. Attitudes concerning euthanasia: Australia at the turn of the 21st Century. *Health Sociology Review* 16 (1): 68–78.
71. Sinha V. K., Basu S, Sarkhel S. 2012. Euthanasia: An Indian perspective. *Indian Journal of Psychiatry* 54 (2): 177–183).
72. *Slovenske novice*. 2015 Analizirano besedilo dnevnika (januar–marec). Ljubljana: Delo.
73. Snyder, Lois. 2001. Bioethics, Assisted Suicide, and the »Right to Die«. *Annals of Clinical Psychiatry* 13 (1): 13–18.
74. *SOZ – Slovenska oglaševalska zbornica*. Dostopno prek: <http://www.soz.si> (21. maj 2017).
75. *SURS – Statistični urad Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/> (19. november 2015).
76. --- 2014. *Mednarodni dan starejših 2014*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=6513> (18. november 2015).

77. --- 2015. *Leta 2060 bo predvidoma skoraj vsak tretji Slovenec star 65 ali več let*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/statweb/prikazi-novico?id=5477&idp=17&headerbar=15> (18. november 2015).
78. Štupnikar, Jože. 2004. Odnos do bolnikov in bioetika. *Bogoslovni vestnik* 64 (3): 561–574.
79. *The official portal of the Grand Duchy of Luxembourg*. Dostopno prek: <http://www.luxembourg.public.lu/> (26. januar 2017).
80. Toš, Niko in Jože Lokar. 1994. *Mednarodna raziskava: Stališča o samomorih*. Datoteka kodirne knjige. Univerza v Ljubljani, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov. Dostopno prek: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/suiatt94/> (05. februar 2017).
81. Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.
82. *Ustava Republike Slovenije*. Ur. l. RS 33/1991 (13. november 2015).
83. Vezovnik, Andreja. 2009. *Diskurz*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
84. Welie, J. V. M. 2002. Why physicians? Reflections on the Netherlands' new euthanasia law. *The Hastings Center Report* 32 (1): 42–44.
85. WHO – World Health Organization. Dostopno prek: <http://www.who.int> (22. januar 2016).
86. Williams, John Reynold. 2015. *World Medical Association. Medical Ethics Manual. 3rd edition 2015*. Dostopno prek: http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf (15. maj 2016).
87. WMA – World Medical Association. Dostopno prek: <http://www.wma.net> (21. januar 2017).
88. *Zakon o pacientovih pravicah*. Ur. l. RS 15/2008 (25. november 2015).
89. *Zdravniška zbornica Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.zdravniskazbornica.si> (28. julij 2016).

PRILOGE

Priloga A: Pričakovano trajanje življenja (LE) in zdrava leta življenja (HLY) pri starosti 65 let – primerjava med Slovenijo in EU-28



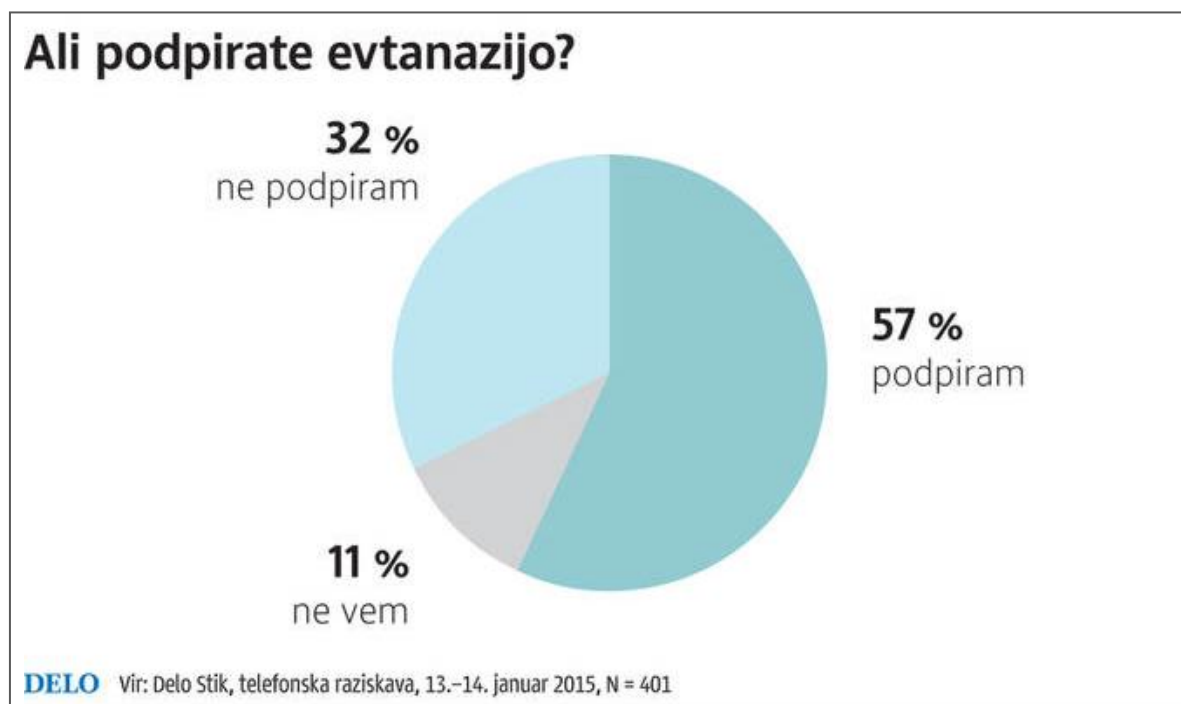
Vir: EurOhex (2015).

Priloga B: Anketa Slovenski utrip o aktivni evtanaziji, 2015



Vir: Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici (2015).

Priloga C: Anketa Dela o podpiranju evtanazije, 2015



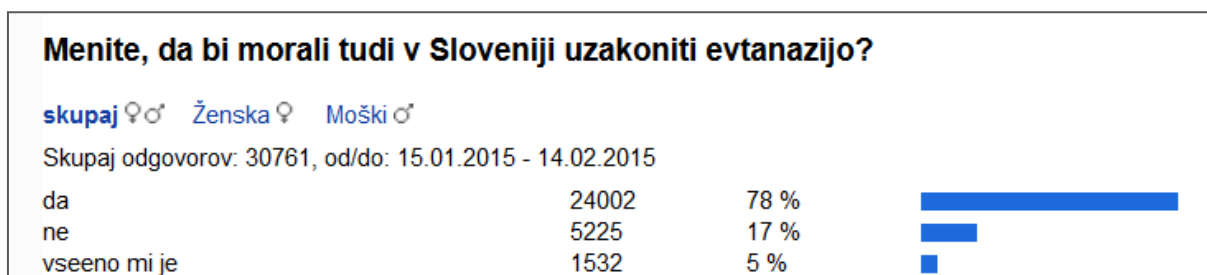
Vir: Potič (2015).

Priloga Č: Anketa Dela o opredelitvi evtanazije, 2015



Vir: Potič (2015).

Priloga D: Anketa Portala 24ur.com o uzakonitvi evtanazije, 2015



Vir: 24ur.com.